

La sanidad desde el otro lado

Valoración social
del sistema
sanitario público
en Andalucía



La sanidad

desde el otro lado

Valoración social
del sistema
sanitario público
en Andalucía

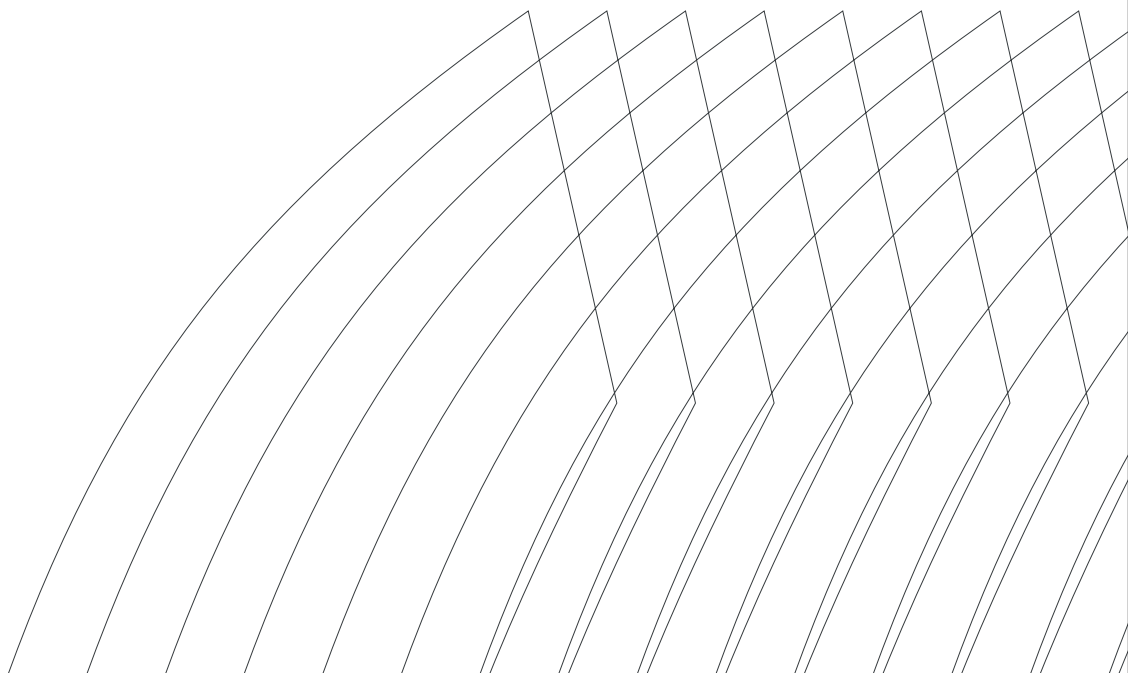
Autores

Manuel Fernández Esquinas
Luis Gavira Sánchez
Manuel Pérez Yruela
Rafael Serrano del Rosal
Manuel Trujillo Carmona

Agradecimientos

En este proyecto han participado, en distinta medida y momentos, otras personas cuyo agradecimiento se quiere hacer constar por su contribución a esta publicación:

Begoña Buiza Camacho, Teresa Campos García,
Isabel García Rodríguez, Javier García Rotllán,
Carmela Gutiérrez Aranda, Isabel Keller Rebellón,
Jesús Liger Ramos, Santiago Martín Acera,
Rafael Méndez Martínez, Alvaro Nieto Reinoso,
José Antonio Pedraza Rodríguez, Antonio Peinado Alvarez,
Filomena Pérez Borja, M^a Angeles Prieto Rodríguez,
Rafaela Sotomayor Lozano, Manuel Villacorta González.



Índice

Presentación	7
Prólogo	8
Introducción	11

I. La opinión pública ante el sistema sanitario	19
1. Las imágenes de la sanidad en Andalucía	23
1.1 Opiniones sobre la situación de la sanidad pública en Andalucía	24
1.2 Opiniones sobre el gasto sanitario	30
2. La relación de la población andaluza con los servicios sanitarios	33
2.1 La utilización de los servicios sanitarios públicos y privados	33
2.2 Perfil del usuario del Servicio sanitario público	36
2.3 Sanidad pública y sanidad privada en Andalucía	42
3. Los derechos de la población: conocimiento y percepción	49
3.1 Los derechos de los ciudadanos	49
3.2 La igualdad y equidad en la asistencia	56
3.3 La libre elección de médico	58
4. La Atención Primaria	61
4.1 Descripción general de las opiniones sobre la Atención Primaria	61
4.2 Los determinantes de las opiniones sobre la Atención Primaria	65
4.3 El conocimiento de la cobertura de los servicios de Atención Primaria	73
5. La Atención Especializada	79
5.1 Las consultas externas de Atención Especializada	79
5.2 La Atención Hospitalaria	89
5.3 El conocimiento de la cobertura de los servicios de Atención Especializada	97
5.4 Los servicios de urgencias	101
6. Conclusiones del Barómetro	105
II. Los usuarios ante los servicios sanitarios: valoración y satisfacción	109
1. Metodología	111
1.1 Los estudios de satisfacción en el contexto de la atención sanitaria	112
1.2 El enfoque empleado en el estudio	115
1.3 El diseño de los instrumentos de medición de la satisfacción	117
1.4 Observaciones sobre procedimientos de análisis y presentación de los resultados	119
2. La valoración de la red de servicios de Atención Primaria	122
2.1 La valoración de la Atención Primaria: visión general	122
2.2 Las relaciones entre los distintos componentes de la satisfacción con la Atención Primaria	130
2.3 Los factores condicionantes de la satisfacción	133
2.4 Conclusiones	148
3. La valoración de la red de servicios de Atención Hospitalaria	150
3.1 La valoración de la Atención Hospitalaria: visión general	150
3.2 Las relaciones entre los distintos componentes de la satisfacción con la Atención Hospitalaria	155
3.3 Los factores condicionantes de la satisfacción	157
3.4 Conclusiones	169

Índice de anexos

Anexos ● 171

Anexo 1. Cálculos estadísticos del Barómetro Sanitario ● 173

Anexo 2. Tabulaciones y cálculos estadísticos de la Encuesta de Satisfacción de Atención Primaria ● 179

Anexo 2.1. Tabulación de resultados de Atención Primaria. Encuestas de Satisfacción ● 181

Anexo 2.2. Descripción de las técnicas estadísticas utilizadas. Encuestas de Satisfacción ● 188

Anexo 2.3. Cálculos estadísticos de la Encuesta de Satisfacción de Atención Primaria ● 193

Anexo 3. Tabulaciones y cálculos estadísticos de la Encuesta de Satisfacción de Atención Hospitalaria ● 207

Anexo 3.1. Tabulación de resultados de Atención Hospitalaria. Encuestas de satisfacción ● 209

Anexo 3.2. Cálculos estadísticos de la encuesta de satisfacción de Atención Hospitalaria ● 215

Anexo 4. Fichas técnicas y cuestionarios ● 235

Anexo 5. Instituciones encuestadas ● 269

Anexo 5.1. Barómetro sanitario ● 271

Anexo 5.2. Encuestas de satisfacción (1999) ● 273

Bibliografía consultada ● 275

Presentación

Pocas cosas legitiman más la acción política que el reconocimiento por los ciudadanos de la labor que se realiza. En esta publicación les presentamos la valoración social que hacen los andaluces y andaluzas sobre el Sistema sanitario Público en nuestra Comunidad Autónoma y pretende ser, como indica el título elegido, una visión desde el otro lado, diferente a la que estamos acostumbrados a recibir tanto desde el orden político como desde la misma esfera profesional.

Hace ya unos años la Consejería de Salud, definió que el objetivo central de sus actuaciones debe ser “el ciudadano”, sus necesidades y sus aspiraciones y se planteó como misión el ofrecer unos servicios sanitarios públicos de alta calidad y que fuesen capaces de atender estas necesidades y expectativas. Comenzó así un camino de realizar sondeos de opinión y de valoración de expectativas y de resultados con los ciudadanos, de forma rigurosa, para poder valorar los progresos realizados y la medida en que nuestras acciones colmaban las expectativas de los usuarios de los servicios sanitarios. Desarrollamos en el año 1999 las primeras encuestas de usuarios de los servicios y el primer barómetro de opinión sobre sanidad de nuestra Comunidad, destacando el hecho de que las últimas encuestas para medir el grado de satisfacción no se hacían en Andalucía desde mediada la década de los ochenta.

Fruto de este trabajo es esta publicación, que pretende ser la primera de una serie de publicaciones donde haremos públicas las encuestas que sistemáticamente venimos realizando desde el año 1999 y donde todos los interesados podrán valorar la evolución de la opinión pública en relación con la salud en el convencimiento de que una política pública progresista, que busque la calidad, tiene que favorecer la transparencia del propio Sistema de Salud.

Estamos convencidos de tener unos servicios sanitarios magníficos, con profesionales altamente cualificados y motivados y no debemos tener reparo a las críticas. Es cierto que tenemos problemas que hay que resolver. Problemas que tienen que ver con la accesibilidad, los tiempos de espera y el confort que ofrecen los servicios sanitarios. Pero no es menos cierto que, sólo desde la identificación de estos problemas y de las aspiraciones de los ciudadanos, podremos mejorar y ofrecer el servicio sanitario que los andaluces nos demandan.

La transparencia en democracia es un valor clave para profundizar en la libertad y en la igualdad y las actitudes críticas son verdaderos espacios para la mejora y para la calidad.

No obstante, podemos sentirnos orgullosos de la valoración que hacen los ciudadanos y ciudadanas de Andalucía de sus servicios de salud. Es notablemente alta si la comparamos con cualquier otro servicio público, pero también es cierto que nos queda mucho espacio para mejorar. Espero sinceramente que esta línea de publicaciones contribuya a impulsar estos cambios que todos deseamos y que sean un estímulo para todos los profesionales que, día a día con su esfuerzo y su dedicación, hacen de nuestro servicio de salud una organización de alto valor social.

Francisco Vallejo Serrano
Consejero de Salud de la Junta de Andalucía

Prólogo

En un marco de sistema nacional de salud, el ciudadano es el propietario del sistema. Nos hemos dotado de un modelo sanitario que es una conquista social de las que más dignidad y emancipación han dado a nuestra sociedad y a los ciudadanos y que entiende el derecho a la salud y a la protección de la enfermedad como un derecho fundamental. De otro lado, estamos convencidos y creemos que todo proceso de avance y mejora de los servicios sanitarios públicos pasa por rediseñar todos los procesos asistenciales desde la perspectiva y el protagonismo del usuario. Y cuando digo todos me refiero desde los pequeños trámites y asuntos, las pequeñas cosas que rodean la atención sanitaria, hasta las grandes cuestiones.

Cuando se analiza la implicación de los ciudadanos en los servicios que reciben hay dos parámetros clave que destacan de forma especial: en primer lugar, qué poder o qué capacidad de influencia tienen sobre la toma de decisiones sanitarias o clínicas que les afectan; y en segundo lugar, cómo se oye su voz en relación con la atención sanitaria.

Para nosotros constituye un objetivo de primer orden la medida de la satisfacción. En primer lugar, porque nos permite escuchar directamente a los ciudadanos acerca de qué opinan de los servicios que reciben. Nos interesa activamente su opinión. En segundo lugar, porque creemos que la medida de la satisfacción es una medida de resultado de la atención sanitaria. En este sentido, hemos incorporado la calidad percibida como una línea de gestión y evaluación de todos los centros asistenciales y los resultados de las encuestas son herramientas poderosas para conocer demandas y resultados, así como para introducir planes de mejoras concretos. Y en tercer lugar, porque nos permite monitorizar los cambios y las innovaciones en los servicios desde una perspectiva inexplorada a gran escala en los servicios de salud pero fundamental en la evaluación como es desde la experiencia asistencial de los usuarios.

Este proceso está empezando a producir cambios que son evidentes. Sin ninguna duda que junto a los cambios físicos u organizativos iniciados, están otro tipo de cambios culturales o asistenciales muy ligados a actitudes personales o profesionales, por educación o por formas de ver la relación con el paciente o usuario, cuya transformación es más lenta y progresiva.

Tanto los hospitales como los centros de atención primaria, están tomando conciencia de que hoy no es posible ya dar un servicio de calidad sin tener en cuenta la otra dimensión de la calidad: la percepción que de ésta tiene el ciudadano y, por lo tanto, cómo son atendidas sus demandas, sus necesidades y sus expectativas.

La era del paternalismo está llamada paulatinamente llamada a su fin. Surge una nueva etapa de protagonismo responsable del usuario y de cooperación profesional–usuario o médico–paciente. Y se configura un nuevo paradigma de interpretación tanto de la relación terapéutica que se establece en el plano individual, como de la relación de protagonismo activo y responsable como sujeto colectivo ante el sistema sanitario en su conjunto. En ambos planos, el individual y el colectivo.

Los servicios sanitarios en Andalucía constituyen uno de los servicios públicos más y mejor valorados, tanto respecto a la evolución positiva en su tendencia en esta década, como en el momento presente. Esto es el resultado de un esfuerzo colectivo de todos los profesionales. Pero el de un esfuerzo colectivo organizado. Y la calidad del trabajo de esta organización a todos los niveles no es en absoluto ajena a estos logros. Se han hecho muchas cosas. Aunque queda mucho por hacer porque las nuevas demandas y nuevas exigencias del ciudadano requieren un proceso de mejora continua.

Al fin y al cabo la piedra de toque real de hasta qué punto el sistema sanitario público responde a su finalidad y por lo tanto si cumple aquello que le da su auténtica carta de naturaleza es cómo es el nivel de salud de la población y cómo de satisfechos están los usuarios con los servicios que reciben. En definitiva, cuál es el grado de legitimación social hacia sus servicios de salud.

Este trabajo que presentamos, que continuará con la publicación de las posteriores encuestas, es una buena radiografía social sobre la consideración que los andaluces y andaluzas tienen de los servicios sanitarios que reciben. Todos nos sentimos implicados: los profesionales de todos los ordenes y a todos los niveles por cuyo trabajo es posible; y los ciudadanos, sin cuya legitimación social sería imposible.

Estamos empeñados firmemente en que en nuestra sociedad la salud sea cada día más un derecho social sólido, seguro y de calidad para los ciudadanos, en un sistema que es de todos y para todos. Pero con participación y voz directa de los ciudadanos.

Juan Carlos Castro Álvarez
Director Gerente de Servicio Andaluz de Salud

Introducción

En las democracias en las que se ha consolidado un modelo de Estado de Bienestar de carácter básicamente público, ha crecido en los últimos años la preocupación por mejorar la calidad de los servicios prestados a los ciudadanos a través de las distintas políticas públicas que configuran la Política Social característica de esas politeyas. Esta preocupación la provocan, entre otras cosas, nuevas demandas ciudadanas que en las últimas décadas insisten cada vez en los aspectos cualitativos de la política social, frente a las demandas más tradicionales que se centraban sobre todo en reivindicar la universalización y expansión de los servicios.

En este sentido, hoy es ya un lugar común admitir que algunas de las críticas que se han venido formulando a los servicios públicos de bienestar son acertadas. En concreto, se admite que los servicios públicos pueden tener un exceso de burocratización, estar alejados de las demandas de los ciudadanos o no tener suficientemente en cuenta la opinión de los usuarios a la hora de definir, gestionar y evaluar la calidad de los servicios que reciben, además de otros problemas.

Hablando específicamente de los servicios sanitarios, ya en el conocido como “Informe Abril” (1991) se citaba entre las deficiencias del Sistema Nacional de Salud las relacionadas con la despersonalización de las relaciones con los usuarios, la falta de información a pacientes y familiares, el entorno escasamente confortable o la falta de mecanismos de información suficientes para la evaluación y análisis del funcionamiento del sistema. En una encuesta realizada a expertos en economía de la salud (Cabasés J.M. et.al.1995) se destaca que entre los problemas de la sanidad española en su conjunto se encuentran la dificultad de la administración para controlar el gasto, la ineficiencia en la gestión, consecuencia de la rigidez normativa, el exceso de personal, la baja productividad, y las deficiencias de tipo organizacional en la coordinación de los distintos niveles asistenciales. Problemas que se traducen en una deficiente prestación del servicio público y en un cre-

cimiento de los niveles de insatisfacción de los ciudadanos. Así mismo, en el Informe Sespas (1995), se advierte de una serie de anomalías en el sistema sanitario que influyen sobre la eficiencia, la eficacia y la equidad de la sanidad pública, anomalías que tienden a establecer un modelo de sanidad tendente a acentuar las desigualdades sociales entre distintos grupos, así como a establecer diferencias entre distintas comunidades autónomas. La mayor parte de los informes, de manera directa o indirecta, apuntan a deficiencias que se traducen en problemas de calidad global en la atención a los usuarios, destinatarios últimos del servicio.

Dar por ciertas tales críticas no implica aceptar al mismo tiempo, como en ocasiones se postula, que la solución a ellas no tiene otro camino que el de la privatización de los servicios. Al contrario, el sector público, como en este caso sucede, puede poner en marcha innovaciones capaces de responder a ellas. En efecto, para responder a estas demandas se están introduciendo nuevas formas de organización, gestión, evaluación y control de las políticas públicas, al tiempo que estos procesos se están abriendo cada vez a la participación de los ciudadanos en general y de los usuarios de los servicios en particular. Estas todavía incipientes formas de participación de los ciudadanos en los procesos que rodean a la definición y aplicación de políticas públicas se producen en ámbitos y niveles muy diferentes. Uno de los ámbitos donde más se está desarrollando la participación es en el de la evaluación de la aplicación de las políticas públicas. La perspectiva de los usuarios empieza ya a ser una parte imprescindible, cuando no la más importante, de los procesos de evaluación, ya que de forma directa sirve para calificar la calidad de la prestación de los servicios y de forma indirecta sirve para incorporar las demandas ciudadanas, en definitiva, para incorporar el punto de vista de los usuarios en la gestión de los servicios de los que son destinatarios. En suma, incorporar la perspectiva de los usuarios y situarlos en el centro de la atención del sistema, es una estrategia apropiada para mejorar la definición, gestión, calidad y evaluación de la prestación de servicios, como hoy se reconoce ampliamente entre quienes se ocupan de estas cuestiones.

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) inició en 1997 un proceso de modernización y mejora de los servicios sanitarios públicos de Andalucía, en consonancia con los planteamientos antes expuestos. Se dotó para ello del Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud, que responde a la voluntad de la administración sanitaria andaluza de disponer de un instrumento de planificación y gestión que sirviera al desarrollo, modernización y mejora del Servicio Andaluz de Salud. El Plan se ha formulado mediante un activo proceso de participación en el que han intervenido más de 350 personas de todos los ámbitos relacionados con el sector, en particular el de los propios profesionales que trabajan en él. Las tareas se han desarrollado sobre todo durante 1997 y 98, aunque como el propio Plan indica “se trata de un proyecto dinámico y participativo que se va construyendo a sí mismo de forma progresiva a lo largo de un espacio temporal definido...y...en un sector tan dinámico como el sanitario, ningún cambio es definitivo y exige su evaluación permanente, para ajustar las disfunciones que se puedan producir en su puesta en marcha”.

El Plan se ha desarrollado a través de nueve Grupos de Trabajo, coordinados y supervisados por un Grupo Director, que han producido los documentos técnicos que componen el Plan. Tales documentos han cubierto la práctica totalidad de los temas que afectan al funcionamiento del sistema, bajo la perspectiva de que su objetivo último era el de servir de apoyo a la puesta en práctica de las líneas u objetivos estratégicos establecidos: orientar los servicios a la mejora de la salud; incrementar la receptividad de la organización a las

demandas de los usuarios; conseguir mayor eficiencia y efectividad a partir de la interrelación entre usuarios y profesionales; asegurar la equidad y la solidaridad mediante el ejercicio de las funciones normativas, políticas y reguladoras.

Uno de los ejes más innovadores del Plan ha sido el de incorporar lo más posible la perspectiva de los usuarios, la opinión de los usuarios, como instrumento de evaluación del sistema y como instrumento para orientar la gestión concreta de los centros de la red pública. En este sentido el Plan se ha hecho eco de uno de los temas más importantes que viene formando parte del debate sobre el Estado de Bienestar en general y, en particular, sobre la atención sanitaria.

El Plan Estratégico ha recogido ampliamente esta preocupación por tener en cuenta de forma creciente la opinión de los usuarios a la hora de valorar y reorientar su actuación. Así por ejemplo, el primer reto que se plantea el Plan es el de “trasladar poder a los ciudadanos” mediante un conjunto de acciones entre las que se encuentran las encaminadas a conocer las demandas de los usuarios y a facilitar la comunicación estos y el SAS. Además, entre las líneas estratégicas previstas en el plan para alcanzar los objetivos establecidos en él, la línea 2 se refiere a “incrementar la receptividad de la organización a las demandas de los usuarios”. Finalmente, entre las cuarenta medidas que recoge el Plan para atender a los objetivos y retos propuestos y para desarrollar las líneas estratégicas, la medida dieciocho prevé “Normalizar la realización de encuestas de opinión a las ciudadanas sobre el Servicio Andaluz de Salud, el perfil de sus usuarios y las mejoras que proponen” y la diecinueve “Homogeneizar y sistematizar la realización de encuestas post-utilización de los servicios”. En suma, el Plan contempla un conjunto de acciones tendentes a mejorar los Servicios de Atención al Usuario, aumentar la participación de los usuarios en la gestión del sistema y establecer procedimientos para conocer su valoración sobre los servicios que reciben y las demandas que tienen sobre ellos. Esto último supone establecer instrumentos y mecanismos de recogida y análisis de información orientados al ciudadano, de forma que puedan ser utilizados para intervenir en la corrección de desajustes y en la orientación de los cambios organizativos necesarios para tal fin.

El Grupo III ha sido el responsable de desarrollar las propuestas relacionadas con la atención a los usuarios. Entre ellas elaboró el documento “Opinión de los ciudadanos andaluces sobre los servicios sanitarios y satisfacción de los usuarios del Servicio Andaluz de Salud” (SAS, 1999). El documento recoge la propuesta para realizar encuestas con las siguientes finalidades: conocer la opinión de los ciudadanos y usuarios; conocer e implantar las mejoras que proponen; conocer los perfiles del usuario y del no usuario; conocer y adaptar los servicios a las demandas de los ciudadanos andaluces; conocer y mantener la fortaleza de los servicios.

Para alcanzar las finalidades previstas en el documento del Plan Estratégico, la realización de las encuestas debería hacerse teniendo en cuenta los siguientes objetivos generales: obtener un conocimiento riguroso de la percepción y valoración que tienen los ciudadanos en general y los usuarios en particular sobre el sistema público de salud; poder trasladar ese conocimiento a una herramienta de gestión interna utilizable por la propia organización del SAS, utilizando los instrumentos técnicos apropiados para ello; contribuir a movilizar el sistema público de salud a partir de los resultados obtenidos en la investigación, identificando problemas y puntos débiles del sistema susceptibles de resolver con la adopción de medidas apropiadas.

Finalmente, estos objetivos generales se han traducido de forma operativa a los objetivos específicos que se enumeran a continuación:

- 1º) El conocimiento de las opiniones y actitudes de la población andaluza en general sobre el sistema público de salud, así como el estudio de ciertos comportamientos respecto a los servicios sanitarios.
- 2º) La evaluación del SAS desde la perspectiva de los usuarios de los servicios de Atención Primaria y Atención Hospitalaria.
- 3º) La construcción de indicadores específicos e índices generales que den cuenta de los puntos fuertes y débiles del sistema en su conjunto, tanto desde el punto de vista de la población general como de los distintos tipos de usuarios
- 4º) La observación de los distintos aspectos del sistema teniendo en cuenta sus principales unidades organizativas, a saber, Distritos de Atención Primaria de Salud y Hospitales del SAS.
- 5º) La clasificación y jerarquización de las unidades del SAS en función de la valoración de sus usuarios.
- 6º) El análisis de las influencias de las distintas variables tanto organizativas como sociodemográficas de los propios usuarios en la conformación de las opiniones y la satisfacción respecto a los servicios sanitarios.
- 7º) La construcción de un sistema de recogida y análisis de la información adaptable a los mecanismos periódicos de gestión del SAS, que pueda ser realizado de una forma homogénea y estable a lo largo del tiempo, de modo que posibilite observar la evolución del sistema.

Los instrumentos y mecanismos de recogida de información previstos en el Plan se han materializado en tres encuestas, que se corresponden con los tres niveles de observación pertinentes para los objetivos de la investigación aplicada que había que realizar para satisfacer los objetivos específicos anteriores: una encuesta dirigida a la población general de Andalucía, otra destinada a los usuarios de los servicios de atención primaria y la tercera destinada a los usuarios de los servicios hospitalarios. En esta monografía se recogen los resultados de esa investigación, realizada durante 1999 en colaboración entre el Servicio Andaluz de Salud y el Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía (IESA).

Este planteamiento ha dado lugar a la división del estudio en tres apartados, que a su vez se han dividido en la construcción de tres diseños muestrales y de tres cuestionarios específicos:

Barómetro Sanitario de Andalucía

Se trata de un estudio de opinión pública al conjunto de la población andaluza, centrado en temas de salud. Consiste en una muestra de 2.402 entrevistas a población general mayor de 18 años, realizadas en los domicilios particulares, y distribuidas aleatoriamente de acuerdo con criterios proporcionales de la población en cuanto al territorio de residencia, el sexo y la edad de los entrevistados.

Encuesta a usuarios de Atención Primaria

En este caso, la población objeto de estudio son las personas que han utilizado alguno de los consultorios o centros de salud de cada uno de los 35 distritos de Atención Primaria (AP). El diseño consiste en 35 muestras independientes de 400 entrevistas, una por cada uno de los Distritos, distribuidas proporcionalmente según el tipo de centro, tamaño del municipio y grupos de edad y sexo del perfil de usuarios. En este caso, la recogida de datos se ha realizado en los propios centros, a la salida de las visitas al médico de familia, pediatra o enfermería, y en total se ha obtenido una muestra de 14.000 usuarios.

Encuesta a usuarios de Atención Hospitalaria

Esta encuesta ha seguido la misma metodología que la anterior, siendo los elementos de la muestra los usuarios de los hospitales públicos, y la división de la misma los 30 hospitales del SAS de forma independiente, con 400 entrevistas por hospital y una muestra total de 12.000 usuarios. La información necesaria para la construcción de la muestra se ha extraído a través de los sistemas de informática de los hospitales, mediante una muestra aleatoria de usuarios que fueron dados de alta en cada hospital en unas fechas definidas. El tipo de entrevista ha sido por teléfono, a través de un sistema automatizado asistido por ordenador.

Los elementos a observar en cada uno de los tres estudios se han establecido a través del diseño de los cuestionarios y, a la vez, mediante la selección de variables de los centros de salud, consultorios u hospitales. Los cuestionarios, que se incluyen en los anexos junto con las fichas técnicas de cada encuesta, se han operacionalizado a través de dimensiones de observación, para las que se han elegido una serie de indicadores a través de preguntas concretas.

En el caso de la encuesta dirigida a población general los temas sobre los que se ha interrogado están relacionados con la imagen que tienen los andaluces de la calidad del sistema público de salud, la valoración que hacen de los distintos servicios y prestaciones que proporciona, así como sobre las características de la relación que han mantenido con los servicios de atención primaria, especializada y hospitalaria.

En el caso de las encuestas dirigidas a los usuarios de los servicios de atención primaria y hospitalaria, se ha interrogado sobre la valoración que hacen de una serie de variables que, en conjunto, definen la calidad del servicio. Tales variables son, entre otras, la satisfacción con la atención recibida, la confianza en el tratamiento, el trato recibido de los profesionales que les atendieron, la comodidad y adecuación de las instalaciones, la facilidad para resolver asuntos relacionados con la atención sanitaria o la información que se les ha proporcionado en cada momento sobre el proceso de atención sanitaria al que estaban siendo sometidos.

Merece la pena volver a resaltar que la finalidad de estas encuestas no se ha reducido sólo a la obtención de opiniones de ciudadanos para saber hasta qué punto están satisfechos con los servicios sanitarios públicos que reciben. Además, estas encuestas han servido para establecer, como ya se ha señalado, objetivos en la gestión del sistema, fijando las medidas apropiadas para elevar los niveles de satisfacción cuando eran significativamente bajos, y resolviendo los problemas causantes de las valoraciones negativas. De esta manera, la evaluación desde la perspectiva de los usuarios no ha quedado en un

mero registro del grado de satisfacción o insatisfacción que existe con estos servicios públicos, como sucede en muchas ocasiones en las evaluaciones de políticas públicas. El proyecto ha tenido, pues, un aspecto dinámico e innovador al incluir los resultados de las valoraciones en la propia gestión del sistema, como debe ser para que el esfuerzo evaluador rinda todos sus frutos. Por esta razón se prevé que estas encuestas se realicen de forma regular, para que sirvan efectivamente como instrumento de gestión. Por otra parte, no es menos relevante el hecho de que sea la Comunidad Autónoma Andaluza la primera que esté aplicando un proyecto de evaluación y gestión de estas características.

En el sentido del párrafo anterior la investigación no tiene un carácter neutro, puesto que está presente la intencionalidad perseguida por los objetivos del Plan Estratégico. No obstante, en su ejecución se ha utilizado todo el rigor que permite la investigación sociológica aplicada. El resultado final de los trabajos que aquí se recogen constituye un ejemplo de investigación aplicada en el campo de la evaluación de políticas públicas desde la perspectiva de los ciudadanos en general y de los usuarios en particular. Así mismo, es un ejemplo de medición de la satisfacción de los usuarios con ciertos servicios públicos y de interpretación de los niveles de satisfacción en función de las variables que los determinan. Finalmente, es un ejercicio de análisis de como contribuyen determinados estados parciales de satisfacción a la formación de la satisfacción general con los servicios sanitarios. El estudio, por tanto, utiliza en la medida de lo posible la experiencia de los estudios centrados en la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios, así como algunos elementos provenientes de la planificación y evaluación sanitarias y de la sociología de la salud.

Se ha tratado de presentar los resultados de la investigación de forma asequible tanto para los gestores y profesionales de la sanidad como para los usuarios y ciudadanos en general. De esta forma unos y otros podrán acceder a un conocimiento del sistema público de salud que permita fundamentar mejor algunas de las opiniones que se tienen respecto al él y algunas de las posibles actuaciones que se emprendan para mejorar la calidad y el trato asistencial.

Respecto a las técnicas de análisis, se ha empleado un procedimiento de exposición descriptiva de los datos para los diversos niveles relevantes (distrito / hospital, provincia, total de Andalucía) así como para las diversas variables que en principio se podían considerar como independientes. Por otra parte, en las diversas fases del proyecto de investigación se han empleado procedimientos de análisis estadístico en función de los objetivos. Para este caso concreto, además de los estadísticos descriptivos y las estimaciones sobre la población mediante intervalos de confianza, se han utilizado procedimientos de análisis multivariante para la reducción de datos y la construcción de índices sintéticos, que se exponen en algunos de los apartados.

Una última observación previa a la lectura de los datos que contiene este trabajo. La mayor parte de estos datos se refieren a opiniones expresadas por personas que han sido encuestadas para hacer la investigación. Es un principio bien asentado del análisis sociológico que la opinión que se tiene sobre las cosas también forma parte de la realidad. La realidad está compuesta por los hechos mismos, aprehendidos por el conocimiento de sentido común o por el más sofisticado procedente de la observación científica, y por la percepción que tienen las personas sobre su significado. Aunque ambas cuestiones puedan en ocasiones separarse analíticamente, cuando se trata de hechos sociales la sepa-

ración no es fácil, pues las opiniones operan en la práctica a través de sus consecuencias, al margen de que tales opiniones estén peor o mejor informadas o se ajusten más o menos a la realidad de las situaciones a las que se refieren.

Este estudio trata de una parte del sistema de salud, la formada por las opiniones de los ciudadanos y usuario. Con él se trata de desvelar la definición social de su estado, de su calidad o de su eficacia. El sistema público de salud de Andalucía, en idénticas condiciones, pero situado en una sociedad menos o más desarrollada, originaría opiniones diferentes entre los ciudadanos y usuarios. Por otra parte, el uso del sistema público de salud, la frecuentación, la saturación o infrautilización de algunas de sus partes, la conservación de las instalaciones, el trato personal de los médicos y profesionales, el papel de la política sanitaria en el comportamiento electoral e, incluso, el uso de la sanidad privada, son en gran parte consecuencias de la consideración social, fundamentada o no, que los ciudadanos tienen del sistema público de salud. En suma, toda esta gama de fenómenos objetivos forma parte de la realidad del sistema y están estrechamente conectados con otra faceta de la realidad: la faceta subjetiva referida a la opinión y la satisfacción de los usuarios y los ciudadanos.

En cualquier caso, si hubiera que adelantar alguna conclusión muy general de los resultados obtenidos de estos análisis de la opinión pública, podría ser que el nivel de satisfacción de los andaluces, usuarios y no usuarios, con la asistencia primaria y hospitalaria del sistema público de salud es bastante alto, más alto incluso entre los primeros que entre los segundos. Esto no obsta para que problemas tan conocidos como los relacionados con los períodos de espera para recibir determinadas atenciones u otros de no tanta importancia aparezcan como los puntos débiles del sistema.

Como se decía al comienzo de esta introducción, los servicios públicos tienen que ser sensibles a las demandas de calidad, participación, transparencia y agilidad que la ciudadanía reclama cada vez con más insistencia. La fortaleza de los servicios públicos va a depender, pues, de la satisfacción que los ciudadanos tengan con la atención que reciben. Por ello, la consolidación de los sistemas de servicios públicos, como el sanitario, va a depender finalmente de la capacidad de estos sistemas para hacer frente a las crecientes y cambiantes demandas ciudadanas. Los proyectos de incorporación de los usuarios a la gestión del sistema, mediante instrumentos como el que se trata en este trabajo, pueden contribuir de manera relevante a ello. Esta es la estrategia que muchas sociedades europeas han elegido, frente a la alternativa de asistir impasibles a su deterioro y a su sustitución, entonces difícil de evitar, por servicios privados.



Parte I

La opinión pública ante el sistema sanitario

En esta parte del trabajo se analiza la opinión que tienen los andaluces acerca del sistema sanitario público de la Comunidad Autónoma, con independencia de que hayan utilizado o no alguna vez los servicios del sistema público. El objetivo general del estudio ha sido tener un conocimiento riguroso de la percepción de los ciudadanos respecto al funcionamiento global del Sistema de Salud en Andalucía. Indirectamente pretende contrastar hasta qué punto la opinión pública comparte el discurso a veces dominante sobre la sanidad pública, que generalmente tiende a resaltar los aspectos negativos. A menudo, los distintos medios de comunicación muestran los problemas relacionados con el sistema sanitario y su funcionamiento, tales como listas de espera, errores médicos, fallos de índole organizativa, saturación de los servicios de urgencias, u opacidad y corporatismo de los profesionales del sector, entre otros. Por último, como se decía en la introducción, pretende servir también como instrumento de gestión, ya que pone de manifiesto los aspectos en los que la ciudadanía se encuentra más insatisfecha y que, por tanto, deberían ser mejorados.

El análisis se basa en una encuesta a la población general de Andalucía. La encuesta se ha realizado presencialmente en las viviendas de los encuestados a una muestra representativa de la población andaluza compuesta por 2.402 individuos mayores de 18 años. La muestra se ha distribuido proporcionalmente por grupos de sexo y edad, seleccionados aleatoriamente mediante un procedimiento de muestreo polietápico, en el que se ha utilizado como primer elemento de muestreo las secciones censales de Andalucía según el Padrón Municipal de Habitantes de 1.996, y como segundo elemento los hogares pertenecientes a las secciones censales seleccionadas. La muestra es representativa de la población total con un margen de error de $\pm 2\%$ y un nivel de confianza del 95,5%, para el supuesto de muestreo aleatorio simple. La ficha técnica completa puede verse en los anejos.

Dados los objetivos perseguidos, en la encuesta se han incluido aspectos como los siguientes: ¿cómo perciben los ciudadanos la situación global del Sistema de Salud en Andalucía? ¿Consideran que el Sistema de Salud presta sus servicios de una forma equitativa? ¿Cuál es el grado de satisfacción de los ciudadanos con los diversos servicios sanitarios? ¿Cuáles son los aspectos de los distintos servicios que se perciben como positivos o negativos? En los anejos puede verse el cuestionario utilizado.

El análisis y presentación de los resultados de la encuesta se estructura en tres grandes áreas, que responden a las preguntas anteriores. En primer lugar, se analizan las imágenes

que los ciudadanos tienen de la sanidad pública en su conjunto, y sobre el organismo que tiene la responsabilidad de la prestación de los servicios. Se analiza la opinión sobre el estado general de la sanidad pública en Andalucía, su evolución reciente y su comparación con otras Comunidades Autónomas, la importancia adjudicada a la sanidad en comparación con otras políticas, así como la percepción del grado de equidad de la sanidad pública.

En segundo lugar, se analiza la valoración que hacen los ciudadanos sobre cada uno de los niveles asistenciales que existen en el SAS, a saber, la Atención Primaria, la Atención Especializada y la Atención Hospitalaria. Con ello se establecen cuáles son los puntos débiles y los puntos fuertes de los distintos servicios a los que tiene acceso la población andaluza, introduciendo en lo posible la diferenciación entre “usuarios” y “no usuarios”, en la medida en que la herramienta utilizada permite comparar entre personas con diversos grados de frecuentación para cada uno de los tipos de atención sanitaria contemplados.

En tercer lugar, dado que la encuesta realizada se basa en una muestra extraída de la población general, este trabajo permite contabilizar ciertos aspectos de la relación de los ciudadanos con los servicios sanitarios, que puede servir como complemento a la información estadística que se recoge a través de las distintas unidades del SAS. De esta forma, se tratan aspectos referidos a la frecuentación de los servicios de Atención Primaria y Atención Especializada, a la utilización de las urgencias, o la utilización de las unidades de atención al usuario, entre otros.

La estrategia de análisis de los datos combina la exposición de resultados descriptivos con la elaboración de análisis estadísticos que permiten contrastar ciertas hipótesis o explorar relaciones entre los diversos aspectos medidos. En este segundo caso, se ha prescindido de la presentación de resultados numéricos complejos a los que dan lugar las técnicas utilizadas, y se ha optado por incluir sólo resultados comprensibles de la forma más intuitiva posible.

Finalmente, el conjunto original de los datos obtenidos, con la formulación de las preguntas, distribuciones de frecuencias y tabulaciones por distintas variables, puede consultarse en el documento “La sanidad pública andaluza desde la perspectiva de los ciudadanos. Barómetro sanitario de Andalucía” (IESA / SAS, 1999).

1. Las imágenes de la sanidad en Andalucía

En este apartado se analiza la percepción que tienen los andaluces del sistema sanitario público en su conjunto. Para ello se han seleccionado dos componentes de la opinión pública sobre el sistema sanitario. En el primero se analiza la valoración que hacen los ciudadanos sobre el funcionamiento de la institución que presta los servicios sanitarios, así como la importancia dada a la política sanitaria en comparación con otras políticas públicas relacionadas con el Estado de Bienestar. En el segundo se analizan las opiniones sobre el gasto público en salud en comparación con otras actuaciones públicas.

Antes de entrar en estos análisis hay que señalar que, según la encuesta, la mayoría de la población (41%) no sabe identificar el nombre del organismo responsable de la asistencia sanitaria en Andalucía. Sólo un tercio de encuestados lo han identificado correctamente. El desconocimiento y confusión que existen entre la población a la hora de identificar la institución responsable no es asunto exclusivo del caso de la sanidad. Entre los andaluces tal confusión se produce también en el caso de otras políticas públicas. Por ejemplo, en el barómetro de opinión de Andalucía de 1999, realizado por el IESA, los andaluces que creían que ciertas políticas públicas eran responsabilidad del gobierno de la Nación, pese a las competencias que tiene el gobierno de Andalucía sobre cada una de ellas, era el 38% en el caso de la sanidad, el 41% en el de la educación o el 30% en el de los servicios sociales.

El grado de conocimiento de la institución varía en función de algunas variables sociodemográficas. Los hombres identifican correctamente el organismo en mayor proporción que las mujeres. También tiende a aumentar la frecuencia con que se acierta con el nombre del organismo a medida que aumenta el nivel de estudios o el nivel de renta. Finalmente, el grado de acierto tiende a ser mayor entre los más jóvenes y entre quienes viven en ciudades con más de 100.000 habitantes. Por el contrario, en el grupo de población que no acierta a identificarlo están más representados los individuos de más de 65 años, afincados en zonas rurales de menos de 5.000 habitantes, con unos ingresos mensuales inferiores a 150.000 pesetas y con nivel de estudios no superior al primario. Se da, además, la paradoja de que los ciudadanos que menos conocen al organismo que presta el servicio sanitario son quienes más lo utilizan, como se verá más adelante, ya que el perfil de los menos conocedores corresponde con el de los que más frecuentan estos servicios.

Aunque este asunto pueda tener escasa trascendencia en términos de correcta accesibilidad al servicio público, no es menos cierto que puede tener ciertos efectos perversos en varios sentidos. En primer lugar, el no identificar adecuadamente a la institución responsable, incapacita al ciudadano a la hora de establecer comparaciones objetivas entre otras administraciones sanitarias, ya sean de carácter público o privado, y dificulta que los usuarios identifiquen el origen de lo que, a su juicio, pueden ser logros o fracasos de la política sanitaria. Asimismo, para el propio organismo encargado de la asistencia sanitaria, plantea problemas de visibilidad corporativa de sus propias acciones, ya que los ciudadanos no distinguen claramente entre las responsabilidades de carácter estatal o autonómico.

1.1 Opiniones sobre la situación de la sanidad pública en Andalucía

La imagen que la población encuestada tiene de los servicios sanitarios se forma a través de procesos diversos. En unos casos, estará basada en la experiencia propia, adquirida en los contactos directos que hayan tenido en su uso de los servicios de atención primaria, especializados, o derivados de la realización de pruebas médicas o de hospitalización. En otros, se habrá creado por influencia de terceras personas o por la imagen colectiva que existe de ellos, transmitida en interacciones sociales directas, el boca a boca como vulgarmente se dice, o por los medio de comunicación. En cualquier caso, la mayoría de las personas tienen formada una opinión del estado en que, a su juicio, se encuentra el sistema sanitario en su conjunto, aunque es estimable la proporción de quienes dicen no tener una opinión formada al respecto.

Las variables utilizadas para analizar la imagen global que se tiene acerca de la sanidad pública se refieren a los aspectos que se detallan a continuación. Los resultados no pueden, obviamente, interpretarse en términos de respuestas acertadas o erróneas, verdaderas o falsas. Lo que reflejan son la opinión subjetiva de los ciudadanos que, estén bien o mal informados, opera como una opinión real que tiene consecuencias reales. Estos aspectos son:

- La situación de la sanidad andaluza en comparación con el resto de España.
- La evolución de la sanidad andaluza en los tres últimos años.
- Las expectativas futuras respecto a la sanidad a medio plazo.
- El estado global del sistema de salud en Andalucía.
- La comparación de la sanidad con otras políticas públicas.

Con relación a la valoración comparativa de la sanidad en Andalucía respecto a la del resto de España, la opinión mayoritaria se divide entre quienes creen que es igual (37,6%) y quienes dicen no tener opinión formada sobre ello (31,3%). Una minoría (9,9%) considera que la sanidad pública andaluza es mejor que la existente en el resto de España. La proporción de quienes opinan que la situación es peor alcanza a un 19,8% de la población. Puesto que se trata de un estudio de opinión a población general y no sólo a usuarios de la sanidad pública, conviene destacar que esta estructura de opinión es similar a la que se obtiene cuando se valora comparativamente el nivel de desarrollo de Andalucía respecto al resto de España. Según el barómetro de opinión de Andalucía realizado por el IESA en 1997, el 36,6% creía que era igual, el 16,6% que era mayor y el 35,4% que era menor. Como puede apreciarse, el caso de la sanidad es ligeramente mejor valorado que el desarrollo general de la región, en términos comparativos.

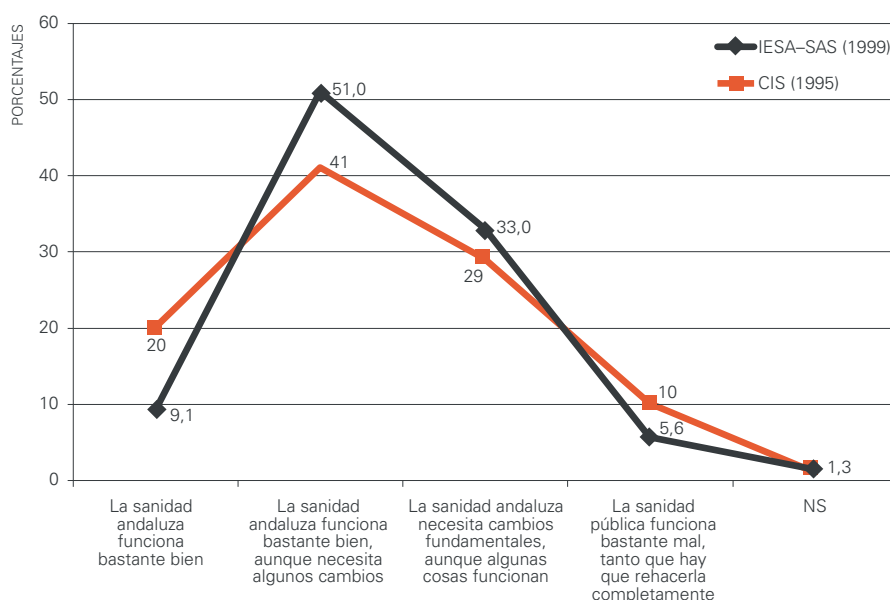
No obstante, la valoración de cómo ha evolucionado la sanidad pública andaluza durante los tres últimos años es más positiva que la anterior. El 53,4% piensa que ha mejorado durante ese período y un 33% piensa que sigue igual. Sólo 10% opina que ha empeorado en esos tres años. Por otra parte, la proporción de quienes no tienen opinión formada es mucho más baja, el 6%. Comparando con las cifras del párrafo anterior, puede comprobarse que la proporción de quienes creen que ha empeorado es inferior a la de quienes piensan que la situación actual es peor que la del resto de España. Estos datos permiten afirmar que es mejor la percepción del cambio que la del grado de convergencia actual con los niveles que los encuestados creen que existen en el resto de España. Esta es otra constante de la opinión pública andaluza en la actualidad, que tiende a valorar muy positivamente los cambios ocurridos en los últimos años, en particular en las políticas propias del Estado del Bienestar, pese a reconocer al mismo tiempo que existen problemas que resolver para acercarnos al nivel alcanzado en el resto del país.

Esta opinión positiva sobre la evolución reciente de la sanidad pública andaluza se proyecta también hacia el futuro. A la pregunta sobre cómo creen que evolucionará en los próximos tres años, el 54,4% de los encuestados contestan diciendo que seguirá mejorando, un 22% cree que seguirá igual y sólo el 5,5% opina que empeorará. De estos datos puede deducirse que predomina entre la población andaluza una visión optimista del cambio, pasado y por venir, respecto a la situación de este servicio público, frente a la visión contraria que se refleja en la proporción de quienes ni creen que haya mejorado ni que lo vaya a hacer que tiene un peso muy reducido. También aquí hay coincidencia con los rasgos generales que caracterizan a la opinión pública andaluza en la actualidad, en el sentido antes indicado de manifestar confianza en la dirección positiva del cambio en ciertas políticas públicas.

La valoración que hacen los encuestados sobre el funcionamiento el sistema sanitario público en Andalucía (gráfico 1.1) muestra que la mayoría (60,1%) de los andaluces considera que el sistema funciona bien, aunque la parte más importante de quienes así opinan cree que necesita algunos cambios (51,0%). Un tercio de los encuestados (33,0%) tiene una opinión más ambivalente, pues creen que algunas partes del sistema funcionan bien pero otras necesitan cambios fundamentales. Por último, sólo una minoría cree que funciona tan bien que no necesita cambios (9,1%) o que funciona bastante mal y hay que rehacerlo completamente (5,6%).

Si se toma como referencia una encuesta realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 1995), en la que se preguntó a la población española una cuestión similar sobre el sistema sanitario en nuestro país, se puede comprobar que la tendencia en la opinión se asemeja a la resultante para Andalucía, aunque con ciertos matices. Como en el caso andaluz, la mayoría de los españoles (61%) cree que el funcionamiento es satisfactorio, aunque haya que introducir algunos cambios (41%). Sin embargo, cabe indicar que para el conjunto de España existe una mayor inclinación hacia las posturas más extremas, es decir, un importante porcentaje de personas (20%) que creían que el funcionamiento del sistema sanitario en nuestro país estaba bastante bien, sin necesidad de cambios, y una minoría (10%) de españoles que entendían que la sanidad en España funcionaba tan mal que se necesitaría rehacerla (ver gráfico 1.1).

Gráfico 1.1 Opiniones sobre el sistema sanitario público en Andalucía y España

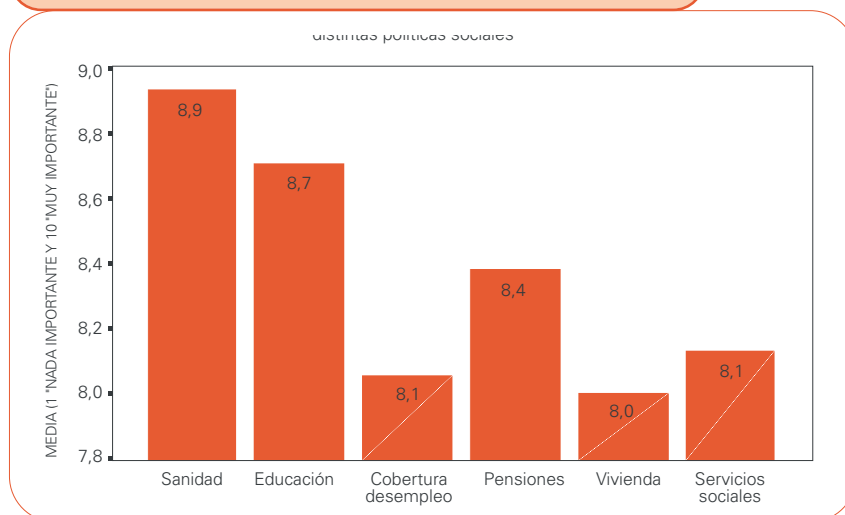


Para finalizar la parte descriptiva del análisis, se presenta la importancia que los andaluces otorgan a cada una de las políticas públicas propias del Estado de Bienestar. Concretamente, las políticas públicas sobre las que se ha preguntado son: salud, educación, vivienda, protección del desempleo, pensiones y servicios sociales. Del mero examen de los resultados expuestos en el gráfico 1.2 se desprenden dos importantes hechos.

El primero es que todas esas políticas aparecen con un nivel alto de importancia para la población, aunque haya ligeras diferencias entre ellas. Esto indica que en Andalucía las necesidades materiales de protección en caso de enfermedad, jubilación u otras, siguen siendo importantes, pese a los avances en el desarrollo producidos en los últimos años, que están haciendo aflorar otras necesidades. Todas las áreas mencionadas son valoradas por la población con puntuaciones medias entre 8 y 9, en una escala de valoración situada entre 1 y 10. Que se considere importante el conjunto de políticas sociales implica, obviamente, la persistencia entre la población de las demandas sobre el gobierno andaluz respecto al mantenimiento y mejora de las políticas de protección.

El segundo hecho es que, si se establece un orden de prioridad entre el conjunto de actuaciones relacionadas con la protección social, la sanidad se puede considerar como una de las políticas más importante de las ofrecidas por el Estado de Bienestar. Cabe deducir de ello que las prestaciones y servicios del sistema sanitario se convierten en la primera prioridad u objetivo a garantizar por el Estado. Según el valor medio obtenido para cada una de estas políticas públicas y dada la significación existente entre las medias de las distintas variables, salvo el par cobertura de desempleo-vivienda, se puede establecer la siguiente clasificación por orden de prioridad: la política sanitaria, seguida de educación, pensiones, servicios sociales, cobertura de desempleo y, por último, vivienda. Esto indica una cierta prevalencia de las demandas sobre sanidad o educación frente a otras como desempleo o vivienda, que suelen identificarse como más próximas a las necesidades básicas de subsistencia.

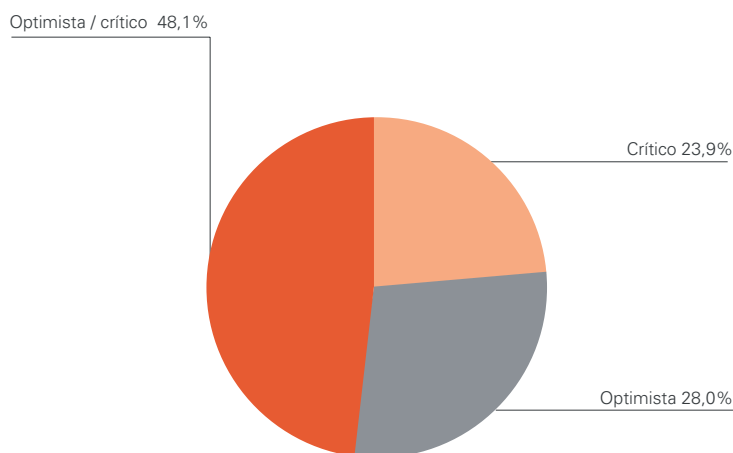
Gráfico 1.2 Importancia otorgada a distintas políticas sociales



En todo caso, ambas conclusiones hay que matizarlas con uno de los efectos que produce en la percepción subjetiva de la calidad de vida la consolidación del Estado del Bienestar. A medida que la población de un país o una región aumentan su nivel de vida y asume como una situación normal de derecho la existencia de las políticas públicas de bienestar, la tendencia de la opinión pública es a aumentar su insatisfacción por los servicios públicos que se prestan. Traducido al ámbito de la sanidad pública, este hecho tiene dos posibles efectos: en primer lugar, desde el punto de vista de la demanda ya no se exigen sólo niveles mínimos de servicio o atención sanitaria, sino niveles mínimos de calidad. En segundo lugar, desde el punto de vista de la oferta, el problema estriba en cómo administrar los recursos disponibles para que los servicios se presten de acuerdo con las nuevas exigencias de los usuarios.

A continuación se analiza cómo influyen las variables sociodemográficas en esos estados de opinión. Para resumir la información y dividir la muestra en grupos homogéneos según las respuestas se ha realizado un análisis de conglomerados. Tras realizar sucesivas pruebas de combinación y teniendo en cuenta la cantidad de varianza explicada se ha llegado a la conclusión de que la mejor partición es en tres grupos (gráfico 1.3).

Gráfico 1.3 Agrupación de tipos de opinión sobre la sanidad andaluza



Dada las características de las puntuaciones de las variables dentro de cada grupo, a cada uno se le podría identificar en términos cualitativos de la siguiente forma. El grupo 1, que representa el 28% de la población, podría definirse como “optimista”; el grupo 2, que representa el 48%, podría caracterizarse como “optimista / crítico”; el grupo 3, que representa el 24% como “crítico”. En la tabla 1.1 pueden verse las respuestas a las variables utilizadas dentro de cada grupo.

Tabla 1.1 Distribución de frecuencias de las variables dentro de cada grupo, en %

Variables	Categorías de respuestas	Grupo 1 (optimista)	Grupo 2 (optimista / crítico)	Grupo 3 (crítico)
Comparación sistema sanitario Andalucía-España	Peor	0,4	29,9	64,9
	Igual	60,1	64,3	33,3
	Mejor	39,5	5,8	1,8
Evolución últimos tres años	Peor	7,6		35,2
	Igual	72,1	2,4	58,8
	Mejor	20,3	97,6	6,0
Evolución próximos tres años	Peor	2,4		29,1
	Igual	40,3	8,1	52,2
	Mejor	57,8	91,8	18,8
Valoración funcionamiento actual	Funciona bien	16,1	9,8	
	Algunos cambios	71,4	58,8	14,6
	Cambios fundam.	12,2	29,0	67,0
	Funciona mal	0,3	2,4	18,5
N= 2.400		28,0	48,1	23,9

Para definir el perfil de cada grupo en términos sociodemográficos se ha utilizado el procedimiento estadístico de análisis de segmentaciones, y las variables resultantes se han utilizado en la construcción de un perfil mediante residuos estandarizados, que se presentan en los gráficos 1, 2 y 3, que pueden verse en el anexo 1.

Las características resultantes de los grupos así identificados son las siguientes:

Grupo 1: “optimista”

Este grupo manifiesta una opinión sobre la sanidad andaluza comparada con la del resto de España mejor que la de los otros grupos. La valoración que tiene sobre la evolución reciente tiende hacia una posición intermedia, distribuyéndose el grupo entre quienes creen que sigue igual y que ha mejorado. En cuanto a las expectativas sobre la evolución futura, la tendencia es parecida a la observada sobre el pasado, con mayor peso aún de quienes tienden a pensar que mejorará. La opinión sobre el funcionamiento de la sanidad andaluza es la más positiva de los tres grupos. Este grupo incluye la mayoría de quienes tienden a opinar que aunque funciona bien son necesarios algunos cambios y de quienes consideran que la sanidad pública andaluza funciona bastante bien. En general es el grupo que tiene las opiniones más positivas sobre la sanidad pública andaluza en los términos en que se ha medido la opinión.

Algunas de sus peculiaridades son las siguientes: según la edad los que más aprecian la sanidad andaluza son el colectivo de personas mayores (23,28%), ya sean éstos pensionistas o jubilados. Suele ser un colectivo que carece de estudios (41,47%) y suelen ser habitantes de provincias como Málaga, Huelva o Sevilla (56,86%).

Grupo 2: “optimista / crítico”

Este grupo se sitúa en una posición intermedia entre el grupo optimista y el grupo crítico. Su opinión tiende a estimar que la situación de la sanidad andaluza se encuentra en un estado igual o peor que la del resto de España. Es, no obstante, el grupo con opinión más positiva sobre la evolución en los últimos tres años y sobre las expectativas de evolución futura. Se trata, pues, del grupo con más confianza en la dirección positiva del cambio sobre esta política pública. Respecto al funcionamiento actual del sistema sanitario en Andalucía, este colectivo percibe que se necesitan cambios, quedando el grupo subdividido entre los que se inclinan a pensar que sólo son necesarios algunos cambios y, en menor medida, los partidarios de hacer cambios fundamentales.

Este grupo está formado por jóvenes (32,32%), estudiantes (10,43%), habitantes de municipios con tamaño inferior a 5.000 habitantes (26,24%), con estudios primarios o medios (55,49%), ocupados en la agricultura y en áreas donde el trabajo que se desarrolla exige una cierta cualificación (19,03%) y habitantes de municipios de provincias como Jaén, Cádiz, Almería y Huelva (47,35%).

Grupo 3: “crítico”

Este grupo está integrado predominantemente por personas que, ante la comparación de la sanidad andaluza con el resto de España, creen que la sanidad andaluza se encuentra en una situación peor que la del resto del país. Igualmente, tiene una opinión negativa sobre la evolución del sistema en los últimos tres años, siendo el que presenta el mayor porcentaje de respuestas de este sentido en comparación con el resto de grupos definidos. En cuanto a las expectativas futuras, las respuestas mantienen la misma tendencia

negativa que en los aspectos anteriores. Por último, en referencia al funcionamiento actual del sistema sanitario público en Andalucía es el grupo en el que con más frecuencia se afirma que la sanidad necesita cambios fundamentales o hay que rehacerla por completo porque no funciona bien. El perfil de la población que integra este grupo estaría formado por adultos —entre 30 y 65 años (62,99%)—, residentes en poblaciones de más de 100.000 habitantes (41,86%) —en el entorno de ciudades como Sevilla y Córdoba—, con estudios medios (25,53%), con un oficio cualificado (17,28%) e ingresos altos (1,27%). En este último aspecto es conveniente aclarar que hay un gran número de respuestas en el apartado de no contesta (17,3%), lo cual resulta, en cierto modo, coherente al tratarse de personas con ingresos elevados.

En el anexo 1 se presentan los gráficos con los resultados del análisis de residuos estandarizados, en las que se pueden ver con más detalle las características sociodemográficas de quienes integran cada uno de los grupos.

Para finalizar este apartado, se ha realizado un perfil de la población entrevistada en función de la importancia que cada individuo concede a cada uno de los sectores de protección social. En el caso de la sanidad, los individuos que la consideran importante suelen ser personas de mayor edad, jubilados y pensionistas, con un nivel de estudios medio y bajo. Para el caso de la educación, el grupo que le otorga mayor importancia está formado principalmente por estudiantes, trabajadores y parados, y personas con un alto nivel de estudios. Otro sector de actuación pública en el que existe un claro perfil se refiere a las pensiones. En este sector, el colectivo que más importancia concede a este tipo de política lo forman los jubilados, viudos, personas mayores de 45 años, sin estudios, y con ingresos bajos. Por su parte, las políticas de desempleo o vivienda suelen reconocerlas como importantes los más jóvenes y los estudiantes. Por último, la política de servicios sociales es considerada más importante por los parados y los individuos de ingresos más bajos.

1.2 Opiniones sobre el gasto sanitario

Otro de los temas que se han considerado dentro de este estudio ha sido el de la opinión de los andaluces sobre el gasto sanitario. El objetivo ha sido, primero, determinar si la opinión pública considera que el gasto debería ser mayor o menor al gasto actual. Segundo, averiguar si el conjunto de los andaluces opina que el gasto en sanidad debe ser mayor o menor que en otras políticas. Tercero, indagar en la percepción que tiene la opinión pública sobre la evolución del gasto sanitario en comparación con el destinado a otras políticas públicas de carácter social.

Comenzando por la opinión general que los ciudadanos tienen sobre el gasto sanitario, las valoraciones indican que la inmensa mayoría, el 72,6% de la población, comparte la opinión de que la sanidad pública andaluza debería emplear más o muchos más recursos económicos de lo que actualmente dedica a la salud. Asimismo, sólo una escasa minoría, el 2,4% de los individuos, cree que en sanidad pública se debería gastar menos. Casi con toda seguridad, este colectivo minoritario no busca con ello fijar criterios de racionalización del gasto. Seguramente, tampoco le interesa lo que suceda con la sanidad pública, ya que suele ser un colectivo que se caracteriza por acudir en exclusiva a la sanidad privada.

En general, la percepción de la población sobre el gasto sanitario en Andalucía varía significativamente según distintas variables sociodemográficas como la edad, el hábitat, la

provincia, la situación laboral, la edad o el nivel de estudios. En función de la edad las personas más jóvenes, con menos de 29 años, tienden a creer que el gasto en sanidad debería ser mayor, aseverando al alza dicha opinión los adultos —entre 30 y 44 años—. Por el contrario, los más mayores dividen su opinión hacia respuestas como que el gasto ha de ser igual o, simplemente, reconocer no saberlo. En cuanto al hábitat, el estudio revela que mientras en municipios de tamaño medio —entre 20.000 y 100.000 h.— la tendencia es pensar que se debería gastar mucho menos, en municipios de más de 100.000 h., la inclinación de la población es creer que se debe gastar mucho más. Según el nivel de estudios, la población con bajo nivel de estudios se divide entre los partidarios de gastar igual en sanidad y los que responden no saber si se debería gastar más o menos. Por su parte, la población que tiene un nivel de estudios medios cree que el gasto debería ser mucho mayor. Por último, según la provincia, el grupo de población que afirma se debería gastar menos en sanidad se sitúa en Málaga y Sevilla. Por el contrario, Jaén y, nuevamente, Sevilla las provincias donde se piensa que el gasto debería ser mayor. En el caso de Sevilla, el peso de los que creen se debería incrementar el gasto mucho más se sitúa en el 24,9% de la población, mientras que el grupo contrario es sólo del 1,2%. En el gráfico 4 que figura en el anexo 1 puede verse estos datos con más detalle.

Por otra parte, esta opinión no es exclusiva para el gasto sanitario, ya que viene siendo una constante cuando se pregunta a la población sobre el gasto en políticas de bienestar social. En la tabla 1.2 se incluyen datos comparados de las opiniones de los ciudadanos sobre las opciones de gasto en distintas políticas sanitarias, correspondiente a una encuesta del año 1998 (IESA, 1998). A pesar de que las diferencias no son muy marcadas, y en todas las políticas la mayoría de los andaluces consideran que hay que invertir más recursos, se puede apreciar cómo el deseo de los ciudadanos es aumentar el gasto sanitario más que en otras políticas de índole social. Parece, pues, estar claro cuáles son las inclinaciones de la población andaluza en cuanto al empleo de recursos públicos: para mejorar el sistema sanitario es necesario incrementar el gasto.

Ello es así a pesar de que la mitad de la población cree que el gasto público en políticas de salud ha aumentado en estos diez últimos años, siendo la proporción de los que creen que ha disminuido un escaso 7,5% (ver tabla 1.2). Igual que en el caso anterior, las políticas sobre las que la opinión pública percibe que el gasto se ha incrementado más son las políticas sanitarias y de educación.

Tabla 1.2 Opinión sobre la evolución del gasto en políticas del Estado del Bienestar y porcentaje de población que opina debe incrementarse el gasto sanitario (1998–1999)

Area	Población que opina debe incrementarse el gasto, en %		Opinión evolución del gasto últimos 10 años, en % (IESA-1998)	
	Año 1999	Año 1998	Aumentado	Disminuido
Sanidad	72,6	65,6	49,5	7,5
Educación		62,6	51,0	7,0
Servicios sociales		55,0	42,0	6,0
Pensiones		65,3	35,0	12,5
Vivienda		57,0	38,0	8,5
Cobert. desempleo		62,4	27,5	21,5

Fuente: Encuesta calidad de vida, IESA 1998 y Barómetro Sanitario, 1999.

Finalmente, otro indicador indirecto de la importancia que los ciudadanos dan a la política sanitaria puede verse a través de la opinión sobre alguna de las reformas introducidas por el Ministerio de Sanidad en materia de medicamentos. Por ejemplo, en lo referido a la exclusión de medicamentos de la financiación pública. La mayor parte de la población andaluza decía estar informada sobre este tema, cuando se preguntó sobre él en la encuesta (85,7%). Por tanto, la valoración emitida sobre el tema partía de un extenso conocimiento del mismo. En general, los andaluces tienen una opinión positiva sobre las medidas adoptadas por la Junta de Andalucía en el sentido de seguir financiando los medicamentos excluidos por el Gobierno de la nación. El 72% valora bien tales medidas, frente a un escaso 10% que las valoran mal.

2. La relación de la población andaluza con los servicios sanitarios

El objetivo de este apartado es delimitar la cantidad de población andaluza que tiene contacto con los diversos tipos de servicios sanitarios, medida a través de la frecuencia con que utilizan la sanidad pública y privada en sus distintos niveles asistenciales: consultas a médicos de atención primaria, consultas a médicos especialistas e ingresos en hospitales. Además, se pretende identificar el perfil tipo de usuario en el que se concentran los servicios prestados por el SAS, con la intención de identificar cuál es la población que constituye la principal clientela del sistema público andaluz en sus distintos niveles.

2.1 La utilización de los servicios sanitarios públicos y privados

Con el fin de estimar la cantidad de población andaluza que utiliza los servicios sanitarios tanto públicos como privados en los distintos niveles asistenciales (Atención Primaria, Atención Especializada y Atención Hospitalaria), en el Barómetro se ha preguntado por el número de visitas efectuadas a médicos de familia y especialistas, así como la existencia de ingresos en hospitales por problemas de salud, tanto para el entrevistado como para algún miembro de la familia, para lo cuál se ha marcado un periodo de referencia limitado al último año. Los datos que se presentan a continuación se refieren únicamente a contactos de los propios entrevistados con los diversos servicios sanitarios, con lo cuál se pueden interpretar como la cantidad global de la población que utilizan la sanidad pública y privada anualmente.

Para el caso de la asistencia a médicos de familia o medicina general (Atención Primaria) en el Servicio Andaluz de Salud, un 29% declara no haber asistido ninguna vez. Casi la mitad de los entrevistados (47%) reconoció utilizar este servicio entre 1 y 5 veces a lo largo del último año, mientras el resto de los consultados (24%) reconocieron asistir más de 6 veces en el año a médicos de atención primaria del SAS. La media de frecuentación es 4,69 visitas por año.

Si se trata de médicos de medicina general pertenecientes a las compañías privadas, casi la totalidad de los entrevistados afirma no haber asistido ninguna vez a lo largo del último año (87%), y sólo un pequeño porcentaje de los mismos reconoce que lo hizo entre 1 y 5 veces (10%).

Gráfico 2.1 Frecuencia de asistencia a médicos de atención primaria del SAS o servicio público

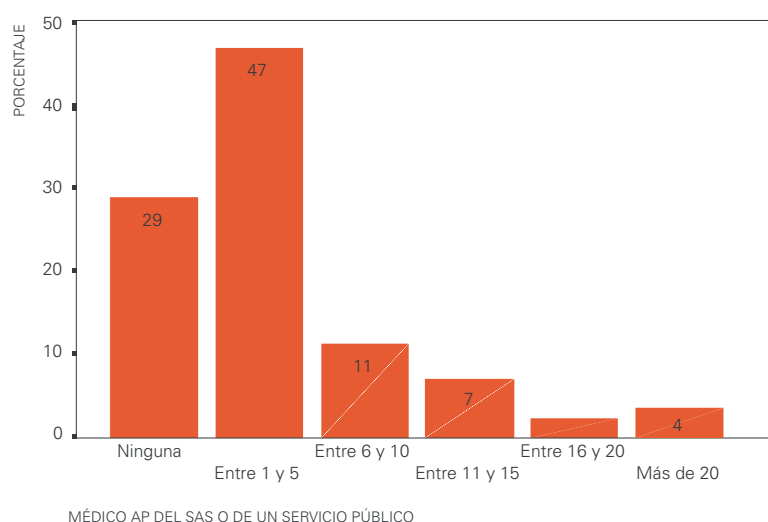
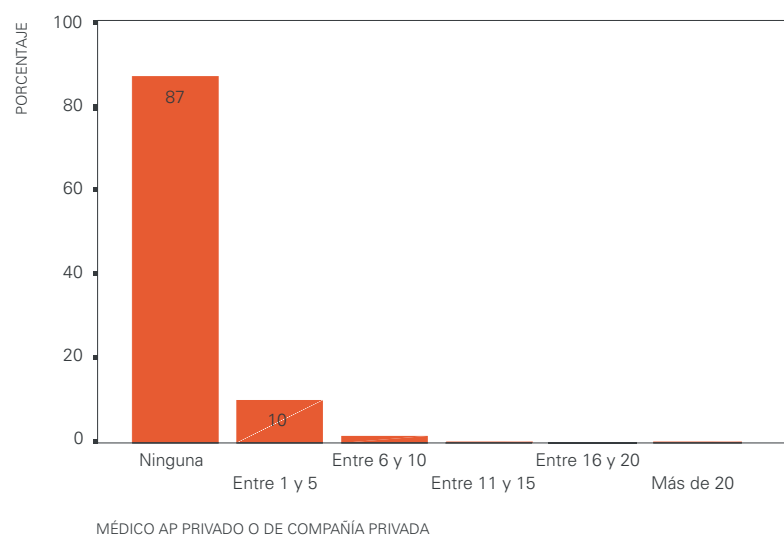


Gráfico 2.2 Frecuencia de asistencia a médicos generales (atención primaria) privados o compañía privada

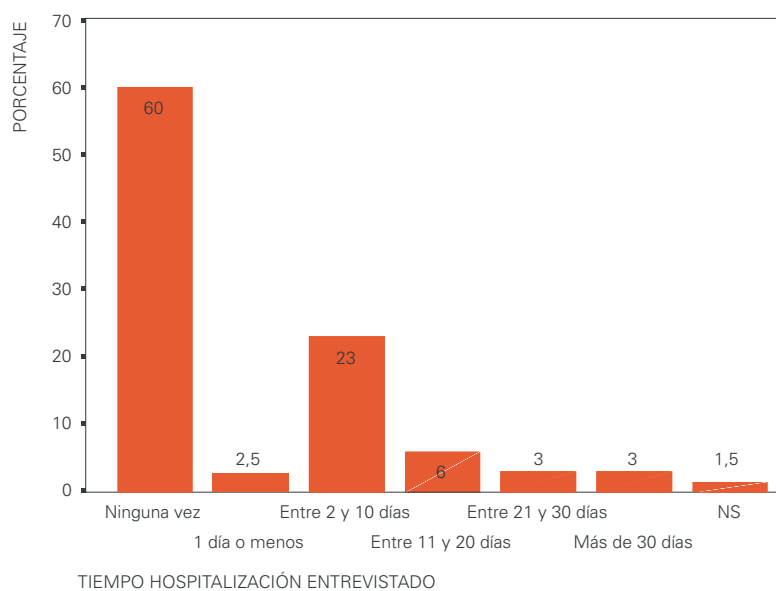


En el caso de la Atención Especializada, los resultados obtenidos en la muestra entrevistada son los siguientes: para la asistencia especializada que se ofrece en el SAS, más de la mitad de la población declaró no haber asistido a este servicio ninguna vez a lo largo del año (55%), mientras que la frecuencia de utilización más numerosa se sitúa entre 1 o 2 veces (31%), y sólo una cantidad reducida de la población asiste 3 o más veces al año. En este caso, la frecuentación anual media es de 1,13 visitas por persona. Cuando se trata de atención especializada en una compañía privada, el grueso de la población (81%) manifestó no haber utilizado este servicio en el año fijado para el análisis, mientras un pequeño porcentaje de los mismos (11%) lo hicieron en 1 o 2 ocasiones.

En los datos de la Atención Hospitalaria se incluyen tanto los casos de hospitalización del entrevistado como la existencia de ingresos hospitalarios de otros miembros que componen la unidad familiar, a fin de que los resultados sean un reflejo del contacto de los hogares andaluces con estas instituciones. En primer lugar, preguntamos a los entrevistados si personalmente han estado alguna vez, o estuvo algún familiar cercano ingresado en un hospital por problemas de salud. Las respuestas a ambas preguntas nos muestran que un gran porcentaje de población (el 41% de los entrevistados y el 48% de los miembros de los hogares andaluces) ha estado alguna vez ingresado en un hospital por problemas relacionados con su salud a lo largo de su vida.

Con respecto al tiempo de hospitalización de los entrevistados, más de la mitad de los mismos que han estado hospitalizados lo han estado por un periodo de entre 2 y 10 días (23%), mientras un pequeño sector de la muestra estuvo hospitalizado entre 11 y 20 días (6%). Quienes nunca han estado hospitalizados representan al 60% de la población entrevistada. En el caso de hospitales pertenecientes a compañías privadas, los resultados tenidos en la muestra confirman que la mayoría de la población no estuvo en hospitales privados (88%) y sólo un pequeño porcentaje estuvo hospitalizado en estas instituciones (8%).

Gráfico 2.3 Tiempo de hospitalización del entrevistado



En cuanto al tiempo transcurrido desde la hospitalización del entrevistado, destaca el grupo que estuvo ingresado hace más de 5 años, donde se aglutina gran parte de la población entrevistada que estuvo hospitalizada (19%). El resto se distribuyen entre periodos que van de 3 a 5 años, de 2 a 3 años, de 1 a 2, de 6 meses a 1 año y finalmente, quienes estuvieron ingresados hace menos de 6 meses, que en total suponen el 16% de la muestra entrevistada. Si seguimos manteniendo la referencia temporal a un año, los resultados nos muestran que en torno a un 8% de la población andaluza ha estado ingresada en alguno de los hospitales del SAS.

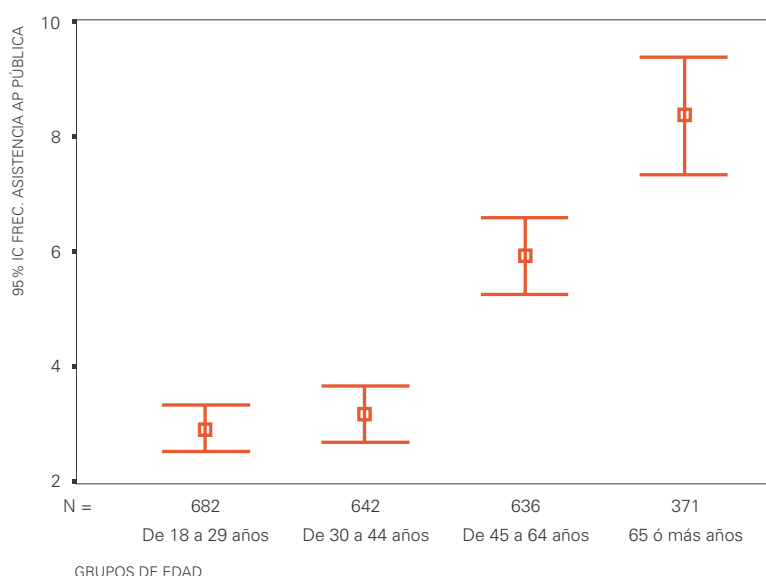
2.2 Perfil del usuario del Servicio sanitario público

Hasta ahora se han efectuado análisis descriptivos de frecuentación para los diferentes niveles de asistencia, sin tener en cuenta que gran parte de los servicios sanitarios se prestan en mayor medida a ciertos segmentos de la población, que son los que tienen más problemas de salud. En este apartado se identifica cuál es el perfil tipo del usuario en el que se concentran los servicios prestados por el sistema sanitario público de Andalucía en los distintos niveles asistenciales, a través de dos procedimientos. En primer lugar, se identifican las variables o características de las personas que arrojan diferencias en los distintos niveles de frecuentación a la Asistencia Primaria y Especializada, así como a la existencia de ingreso en los hospitales. Para el caso de los niveles de frecuentación, se han utilizado el número medio de visitas. Las variables que se tienen en cuenta para observar su influencia en la frecuencia de asistencia a la Atención Primaria y Especializada son: sexo; tamaño de hábitat; edad; estado civil; nivel de ingresos en el hogar; situación laboral del entrevistado; nivel educativo.

Atención Primaria

Empezando por la Atención Primaria (AP) y con relación a la edad, los grupos más jóvenes, de 18 a 29 años y de 30 a 44 años, no presentan diferencias con respecto a la frecuentación de los servicios de Atención Primaria y están ligeramente por debajo de la media. Es a partir de los 45 años donde la frecuencia de asistencia aumenta, situándose en torno a las 5 visitas al año. Entre la población de más de 65 años, la frecuencia de asistencia se sitúa en torno a las 8 visitas al año. Es claro, como era de esperar, que las mayores diferencias de asistencia se deban a la edad de los individuos. (Ver gráfico 2.4)

Gráfico 2.4 Frecuencia de asistencia a AP en el sistema sanitario según edad

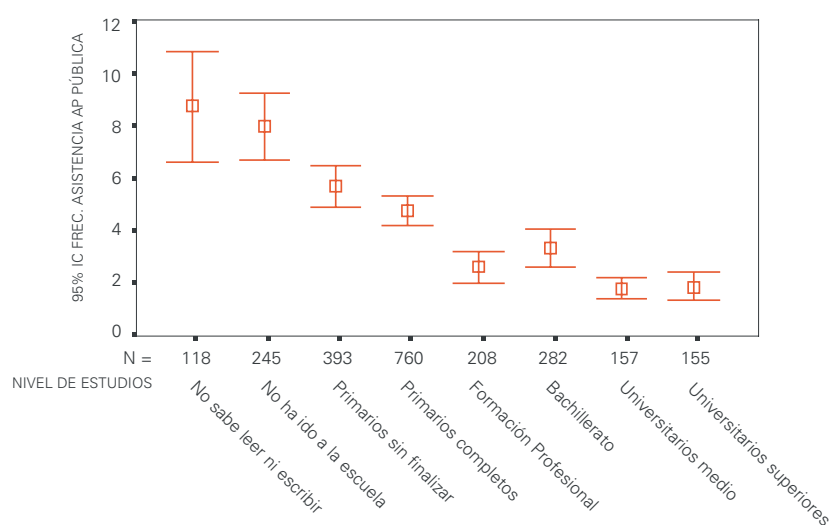


También se observan diferencias significativas en relación con el sexo en la asistencia a médicos de AP. La media de asistencia para los varones se sitúa entre las 3 y 4 visitas al año, mientras que para las mujeres ronda las 5 o 6 visitas.

La situación laboral de los entrevistados también influye de forma significativa y coincidente con las variaciones según la edad y el sexo. Los jubilados y pensionistas presentan diferencias mayores respecto a la asistencia a médicos de AP, situándose en torno a las 9 visitas al año. Por su parte personas que sólo trabajan en el hogar (“amas de casa”) también presentan niveles muy altos de asistencia, en torno a las 7 visitas anuales, mientras que la menor frecuencia se obtiene en las personas que trabajan fuera del hogar (“trabaja”) con algo menos de 3 visitas de media al año.

Con relación al nivel educativo de los entrevistados se comprueba que a mayor nivel de estudios menor frecuencia de asistencia a médicos de AP. Las diferencias mayores las encontramos en los tramos primeros (las categorías más bajas de nivel educativo) con respecto a los últimos (categorías más altas del nivel educativo) cuestión que está directamente relacionada con la edad.

Gráfico 2.5 Frecuencia de asistencia a AP en el sistema sanitario según nivel educativo

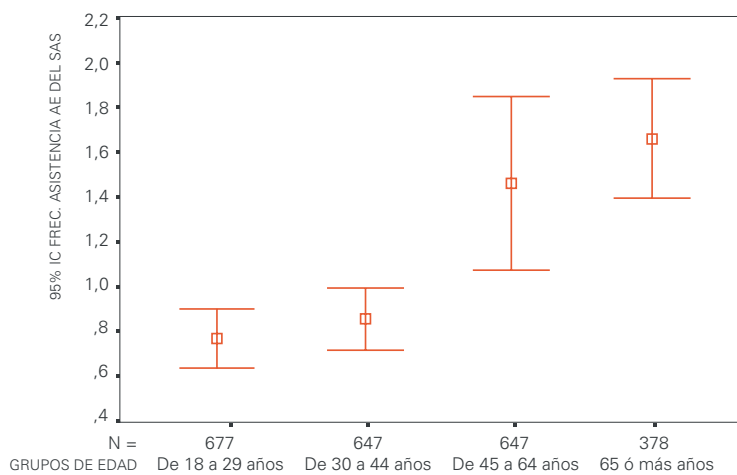


Las variables que influyen menos en las variaciones de la frecuentación de los médicos de AP son el tamaño del hábitat de residencia, el estado civil y el nivel ingresos familiares. En todos estos casos se observa que no existen diferencias importantes con respecto a la frecuencia de asistencia. Las diferencias que se aprecian son poco relevantes, o presentan unos intervalos de confianza tan amplios que no permiten generalizarlas al conjunto de la población andaluza.

Atención Especializada

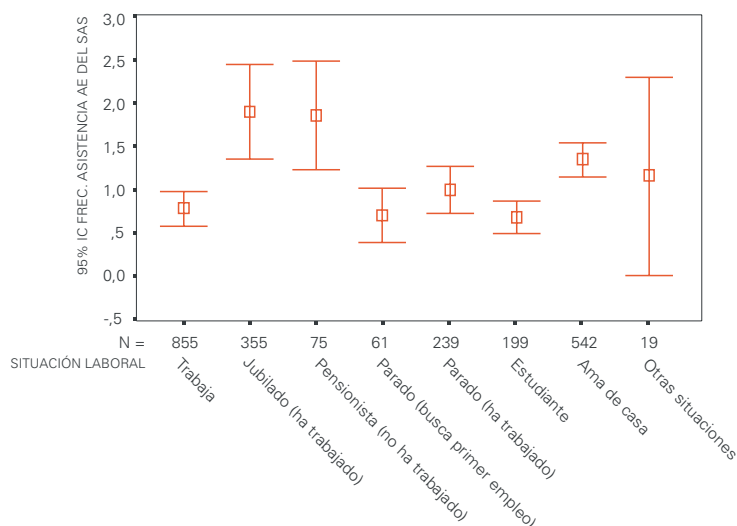
En el caso de la Atención Especializada (AE) se observan pautas de variación en la frecuencia de asistencia a los servicios especializados similares a las de Atención Primaria. Son las personas de mayor edad quienes muestran mayores diferencias de asistencia a médicos especialistas, sobre todo a partir de los 65 años de edad, pero la diferencia fundamental se encuentra entre los mayores y menores de 45 años, como puede verse en el gráfico 2.6.

Gráfico 2.6 Frecuencia de asistencia a AE en el sistema sanitario según edad



La situación laboral es una variable que influye de manera significativa en la frecuencia de asistencia a especialistas. Los jubilados y pensionistas, seguidos de las amas de casa, son quienes muestran mayores diferencias de asistencia a servicios de Atención Especializada, en comparación con trabajadores, estudiantes y desempleados.

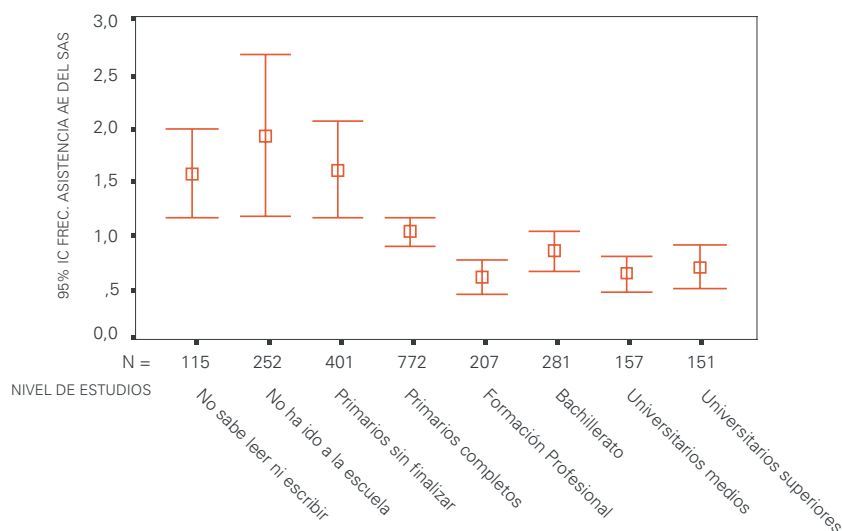
Gráfico 2.7 Frecuencia de asistencia a AE en el sistema sanitario según situación laboral



Atendiendo a la variable sexo, siguen siendo las mujeres quienes realizan visitas al especialista con mayor frecuencia que los varones, aunque en este caso las diferencias son muy leves y los intervalos de confianza de ambos grupos se solapan, con lo cual la relación entre estas dos variables es mucho más débil que lo observado para la Atención Primaria.

Con relación al nivel educativo, existen diferencias entre los que tienen estudios medios o superiores y los que tienen estudios primarios o menos de primarios, no existiendo dentro de los dos grupos diferencias importantes respecto a la asistencia.

Gráfico 2.8 Frecuencia de asistencia a AE en el sistema sanitario según nivel educativo



Las variables tamaño de hábitat y estado civil no introducen diferencias significativas. Con relación al nivel de ingresos, se aprecian diferencias de asistencia para el grupo de ingresos más bajos, mientras el resto de las categorías presentan una asistencia similar.

Atención Hospitalaria

Respecto a la Atención Hospitalaria por problemas relacionados con la salud (exceptuando los ingresos motivados por partos) cabe destacar, atendiendo al sexo de los entrevistados, que son los varones quienes más ingresos hospitalarios registraron en el último año, aunque los porcentajes no son mucho mayores que los que presentan las mujeres. Los porcentajes de hospitalización durante el último año anterior a la encuesta alcanzaron para los varones el 10.2% y para las mujeres el 6.3%, cifras estas que no presentan diferencias relevantes observando los residuos estandarizados que se incluyen en la tabla.

Tabla 2.1 Hospitalización en el último año en hospitales del SAS según sexo

			Sexo		Total
			Hombre	Mujer	
Hospitalización en el último año en hospitales del SAS	No	% según Sexo Residuos corregidos	89,8% -3,5	93,7% 3,5	91,8%
	Sí	% según Sexo Residuos corregidos	10,2% 3,5	6,3% -3,5	8,2%
Total		%	100,0%	100,0%	100,0%

Examinando la edad de los entrevistados se comprueba que las personas que se incluyen en los tramos más altos de edad son las que presentan los porcentajes mayores de hospitalización, sobre todo a partir de los 65 años de edad, donde se llega a una cifra de hospitalización de 12.2%; por su parte, quienes no han estado hospitalizados representan al 87.8% de la población entrevistada incluida en dicho tramo de edad.

Tabla 2.2 Hospitalización en el último año en hospitales del SAS según grupos de edad

			Grupos de edad				Total
			De 18 a 29 años	De 30 a 44 años	De 45 a 64 años	65 o más años	
Hospitalización en el último año en hospitales del SAS	No	% de Grupos de edad Residuos corregidos	94,5% 3,1	92,4% ,6	90,7% -1,2	87,8% -3,2	91,8%
	Sí	% de Grupos de edad Residuos corregidos	5,5% -3,1	7,6% -,6	9,3% 1,2	12,2% 3,2	8,2%
Total		% de Grupos de edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tipología de usuarios

Hasta ahora se ha examinado cómo influye cada una de las variables por separado en la frecuencia de asistencia, tanto para AP como para AE. El siguiente paso consistirá en ver la influencia conjunta de todas estas variables para controlar los efectos que puedan tener unas sobre otras utilizando técnicas multivariantes, que se ha realizado tanto para la Atención Primaria como para la Atención Especializada de carácter público.

En concreto, se ha establecido como perfil típico de usuario aquellas personas que tienen una frecuencia de asistencia a Atención Primaria y Especializada del SAS superior a la media. Los resultados detallados del análisis, debido a su extensión, se presentan en el Anexo I ("Cálculos estadísticos del Barómetro Sanitario: Perfil del usuario de Atención Primaria y Atención Especializada"), limitándonos aquí a exponer brevemente el procedimiento utilizado y las principales conclusiones.

Para la variable de asistencia a la Atención Primaria se ha realizado un análisis de regresión mediante escalamiento óptimo. Mediante este análisis se construye un modelo en el que una variable (la asistencia) se intenta explicar por otras, llamadas predictores. En nuestro caso las variables utilizadas como predictores han sido: tamaño de hábitat, sexo, edad, estado civil, ingresos, situación laboral y nivel de estudios.

El funcionamiento de este análisis es similar al de regresión lineal, con la diferencia de que aquí se pueden introducir variables no sólo de intervalo, sino de cualquier nivel de medición, incluyendo las variables nominales. Para ello, a partir del comportamiento conjunto del grupo inicial de variables, se transforman en otras de carácter numérico en las que se conservan las relaciones que existían en las variables originales.

La finalidad de esta modelización es doble: en primer lugar, poder predecir comportamientos de la variable sobre la que se realiza el análisis a partir de los predictores; en segundo lugar, obtener cuál es el comportamiento que los predictores tienen con respecto a la variable que se predice, eliminando para cada predictor la influencia de los demás. En nuestro caso el interés se centra en esta segunda finalidad.

En la Tabla 1 del Anexo 1 aparecen los coeficientes para Atención Primaria que resultan del modelo, teniendo en cuenta que siempre se refieren a las variables transformadas. Estos coeficientes, junto con las ecuaciones de transformación de las variables, permiten estimar la asistencia a AP a partir de las otras. Al ser las variables transformadas de tipo numérico, es posible establecer las correlaciones que estas presentan con la variable de asistencia, que también aparecen en la misma tabla. Éstas correlaciones son significativas al 99% de confianza, salvo con el tamaño de hábitat, que sólo es significativa al 95%, y con el estado civil, cuya relación no es significativa.

Observando las correlaciones se advierte que son las variables de edad, situación laboral, nivel de estudios, ingresos y sexo las que más influencia tienen sobre la asistencia, por ese orden. En los gráficos que se incluyen posteriormente aparece la asistencia media que resulta del modelo para cada una de las categorías de los predictores, por orden de influencia. Esta asistencia media se distingue de la que se obtiene de las variables originales en que, en este caso, se ha eliminado el efecto del resto de los predictores. Así, se puede destacar por ejemplo que en el caso del estado civil, cuya relación con la asistencia antes de realizar el modelo es significativa, no ocurre lo mismo tras realizar el modelo, como ya se ha comentado. Es más, el estado civil viudo/a es el que aparece con mayor asistencia media con mucha diferencia antes de realizar el modelo. Sin embargo, posteriormente aparece con la menor asistencia. El motivo es que el carácter de viudo se presenta con mucha frecuencia acompañado de edad avanzada y situación laboral de jubilado o pensionista, que también tienen una muy alta asistencia media. Por ello, si eliminamos el efecto de la edad y la situación laboral, obtenemos que los viudos tienen, a igualdad de condiciones del resto de variables predictoras, menor asistencia que el de las personas con otro estado civil aunque, en definitiva, esta diferencia no sea significativa.

En resumen, el perfil que se puede establecer a partir de la observación de los distintos predictores es el siguiente:

- A) Eliminados los efectos de otras variables, el nivel de asistencia a AP está directamente relacionado con la edad. Los cortes en la secuencia de edad que marcan influencias al alza en la frecuentación se sitúan en los 18 años, 43, 48 y 68 años. Los mayores niveles de frecuentación de AP comienzan a partir de los 70 años, permaneciendo estables en los subsiguientes años.

B) Según la situación laboral, los individuos más frequentadores son jubilados y pensionistas y parados en busca de primer empleo. Los menos frequentadores son las personas en situación activa que se encuentran trabajando. Respecto al nivel de estudios, existe un descenso en la frecuencia de asistencia a partir de los estudios primarios completos, situándose la cantidad más baja en los estudios universitarios. Una tendencia similar se observa en lo referido al nivel de ingresos. Los mayores frequentadores son personas con ingresos bajos, y el punto de inflexión para la reducción de la asistencia se encuentra a partir de las 250.000 pesetas de ingresos netos por familia. Por último, eliminados los demás efectos, las mujeres asisten más que los hombres.

C) Respecto a la asistencia a las consultas de Atención Especializada se puede establecer la misma tendencia de carácter general, dado que el orden de las variables se mantiene. Sin embargo, cabe decir que en este caso el modelo adquiere una validez mucho más limitada, y se observan unas diferencias mucho menos relevantes que en el caso anterior.

2.3 Sanidad pública y sanidad privada en Andalucía

Aunque los servicios sanitarios ofertados en Andalucía son en su gran mayoría públicos, correspondiendo sobre todo al SAS, junto a otras empresas públicas dependientes de la Consejería de Salud, dado que la medicina privada aparece en ciertos sectores de la población como una alternativa a la medicina pública, se ha considerado conveniente dedicar el presente apartado a analizar algunas dimensiones de ambos sectores, tanto de carácter objetivo como subjetivo.

El primer objetivo que se persigue consiste en delimitar el peso de los distintos tipos de servicios en la población andaluza, así como las características socioeconómicas y demográficas asociados a cada uno de ellos. Para ello, en primer lugar se realiza una descripción de los tipos de asistencia sanitaria que las familias andaluzas declaran poseer. A partir de esta información, se procede a elaborar una clasificación de los hogares en función de la cobertura disponible, que se utilizará como variable de observación para establecer el perfil de los grupos de población.

En la tabla 2.3 aparece la cantidad de familias que declara disponer de distintas modalidades de cobertura sanitaria, que en términos resumidos se han delimitado en los siguientes tipos:

A) Cobertura sanitaria a través del sistema de seguridad social, con prestación de servicios sanitarios a cargo del sistema público de salud.

B) Cobertura sanitaria a través una de las mutuas sanitarias del estado (MUFACE, ISFAS, etc), acogidas voluntariamente a la prestación del servicio a través de una compañía privada.

C) Disposición de un seguro médico privado, con prestación de servicios a través de una compañía privada, y sufragado por la propia empresa u organismo en el que se trabaja.

D) Disposición de un seguro médico, sufragado por algún miembro de la propia familia.

La tabla mencionada muestra el porcentaje de familias que dispone de cada tipo de cobertura.

Dado que existe la posibilidad de que en una misma familia existan varios de los mencionados, los porcentajes suman más de 100. En resumen, más de un 96% de las familias disponen de cobertura sanitaria (aseguramiento y provisión) pública, un 5% dispone de seguro a través de una de las mutuas sanitarias del Estado, un 2,7% dispone de un seguro privado pagado por la empresa en la que trabaja, y un 9% dispone también de un seguro privado, pagado por la propia familia.

Tabla 2.3 Disposición del aseguramiento sanitario en Andalucía, según sexo y grupo de edad

		Total	Sexo		Grupos de edad			
			Hombre	Mujer	De 18 a 29 años	De 30 a 44 años	De 45 a 64 años	65 ó mas años
Tipos de seguro sanitario	Seguridad Social	96,3%	95,6%	96,9%	96,3%	96,5%	95,9%	96,4%
	Mutuas sanitarias del estado (MUFACE, ISFAS, etc)	5,0%	5,5%	4,6%	4,0%	6,7%	4,9%	4,3%
	Seguro médico privado pagado por la empresa	2,7%	2,9%	2,6%	3,3%	3,5%	2,4%	1,0%
	Seguro médico privado pagado por miembros de familia	9,0%	9,2%	8,7%	10,6%	9,7%	8,1%	6,1%
	No tiene seguro médico	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%			
	NS	0,0%	0,1%	0,1%				
Totales		2.402	1.156	1.246	697	657	656	392

% de casos que responde cada ítem.

Utilizando los datos anteriores, se ha realizado una clasificación del tipo de familias en función del tipo de cobertura sanitaria, que atiende al organismo del que reciben directamente la prestación sanitaria, y de la cuál resulta la siguiente distribución: un 84% de las familias tienen exclusivamente seguro sanitario de carácter público. Un 12,3% tienen seguro sanitario tanto público como privado. En este grupo se incluyen aquellas familias en las que, además de la seguridad social, a través de uno de sus miembros se dispone de cobertura sanitaria prestada por una compañía privada, tanto si esta es sufragada por el organismo en el que se trabaja, por una mutua sanitaria estatal o por la propia familia. Sólo un 3,6% de las familias disponen únicamente de cobertura de provisión privada, lo cuál incluye a los miembros de las mutuas estatales que no reciben la prestación del sistema público. Por último, la cantidad de personas que declaran no tener seguro sanitario se puede considerar como despreciable para el tamaño muestral manejado.

Estos datos confirman la existencia de un servicio sanitario público para la práctica totalidad de los ciudadanos en Andalucía, así como una creciente utilización de los servicios privados como un elemento de consumo. Aunque los porcentajes acumulados de hogares con seguro de asistencia privado representan una pequeña proporción (en conjunto un 16%), no por ello dejan de tener importancia, sobre todo si consideramos

que la mayor parte de estas prestaciones sanitarias corresponden cada vez más a decisiones de las familias y que estas decisiones ya no se deben a la ausencia de cobertura pública, dado que prácticamente la totalidad de la población tiene acceso al aseguramiento sanitario público.

Si la práctica totalidad de la población tiene acceso a la asistencia pública, ¿cuáles son las razones que mueven a las personas a la contratación de un seguro privado? En principio, ante los múltiples factores que concurren para que una persona decida realizar un contrato con una compañía privada, aquí se maneja una posibilidad de explicación que atiende a datos de tipo objetivo. Se parte de la hipótesis de que, además de las personas que trabajan como funcionarios, la disposición de seguros privados tiene que ver más con cuestiones de estatus y accesibilidad (familias con un nivel adquisitivo alto, situadas en zonas urbanas) que con necesidades objetivas de servicios de salud (personas mayores o con problemas de salud).

En concreto, una de las variables que más contribuye a explicar este hecho, junto al nivel de estudios, es el nivel de ingresos de la familia. La mayor parte de la población andaluza se acoge principalmente al seguro público o seguridad social, sobre todo en aquellos casos en los que la renta familiar es menor. En cuanto al grupo que posee a la vez un seguro público más uno privado, destacan aquellos con rentas de entre trescientas mil y quinientas mil pesetas mensuales. En último lugar, quienes representan mayores porcentajes de seguros sanitarios privados son aquellas personas cuyas rentas oscilan entre las cuatrocientas y las quinientas mil pesetas mensuales. Esto confirma el planteamiento anterior, y podemos así razonar que el tener o no un seguro sanitario público depende en cierta medida de la renta familiar disponible de forma que a mayores ingresos, mayor posibilidad de poseer un seguro privado, ya sea único seguro o se disponga de éste y la seguridad pública sanitaria. Además del hecho económico, existen otro tipo de variables que influyen en gran medida. La disposición de asistencia sanitaria privada es más frecuente en personas con niveles de estudios medios y universitarios, niveles de cualificación altos y residentes en zonas urbanas.

Siguiendo con el planteamiento indicado, el último aspecto a considerar se refiere a la cobertura disponible en función del estado de salud de las personas, que aquí se recoge indirectamente a través de la valoración que de la propia salud hacen los entrevistados.

A la vista de los resultados no parece que el estado de salud personal sea una característica que influya a la hora de contratar un seguro privado, de modo que no podemos sostener la hipótesis de que a peor estado de salud existe mayor probabilidad de contar con un seguro privado. Como mencionamos al comenzar el apartado, en el acceso a los servicios sanitarios privados, como en otros bienes de consumo, son las características socioeconómicas y demográficas las que mayor peso tienen.

Otro de los aspectos interesantes respecto a la dicotomía medicina pública–privada, y que puede aclarar cuáles son los motivos que contribuyen a su utilización por parte de categorías sociales con niveles de estatus medios y altos, es analizar cuáles son los aspectos que se consideran diferentes en cada uno de ellos. Para ello, la estrategia seguida ha sido solicitar a los entrevistados que comparasen el estado actual de la sanidad pública con respecto a la sanidad privada. Para este objetivo se han seleccionado una serie de aspectos que nos permitan comparar los dos tipos de prestación sanitaria que atañen a: la tec-

nología sanitaria; el número de especialidades médicas; la eficacia o el éxito de los diagnósticos, curas o tratamientos; la capacidad y preparación de los profesionales; la calidad de la atención; el respeto a la intimidad; el número de centros y hospitales; la información que se da al paciente sobre sus problemas; la comodidad de los centros y, por último, la confianza y seguridad que dan los profesionales. Sobre todas las cuestiones citadas, se ha pedido a las personas que componen la muestra que se sitúen en una escala entre 1 al 5, donde el 1 representa que la sanidad pública es mucho mejor que la privada y 5 que la sanidad pública es mucho peor que la privada.

En principio, para abordar el análisis de los resultados se puede partir de la siguiente hipótesis de trabajo: en la medicina privada se valoran especialmente las cuestiones referidas al trato personal, mientras que en la medicina pública se valora la cobertura de los servicios sanitarios y los recursos disponibles. Se justifica esta hipótesis partiendo de la idea de que las compañías privadas utilizan el trato hacia la persona como una medida de competencia hacia el sector público sanitario. Puesto que el sector privado tiene escasas posibilidades de lograr una cobertura y un nivel de inversión en infraestructura similar al existente en el sector público, simplemente por limitaciones de rentabilidad económica, la estrategia de diferenciación para lograr la captación de clientes que normalmente disponen de un servicio público gratuito es lograr ofrecer un trato más personalizado y una mayor agilidad.

Los resultados obtenidos son los que se detallan en los gráficos que se presentan a continuación. En el primero de ellos se ha seleccionado el porcentaje de personas que consideran mejor o mucho mejor a la sanidad pública en cada uno de los elementos utilizados. En el segundo gráfico se presenta la opción contraria, es decir, la cantidad de personas que consideran mejor o mucho mejor a la sanidad privada, y por último, en el tercer gráfico, se presenta el porcentaje de personas que consideran iguales cada uno de los aspectos tanto en la sanidad pública como en la privada. De esta forma, se puede percibir de manera intuitiva los aspectos que para el conjunto de los ciudadanos son sensiblemente mejores o peores en la sanidad pública, y aquellos para los que no se consideran diferencias relevantes.

Gráfico 2.9 Características que son mejor valoradas en la sanidad pública

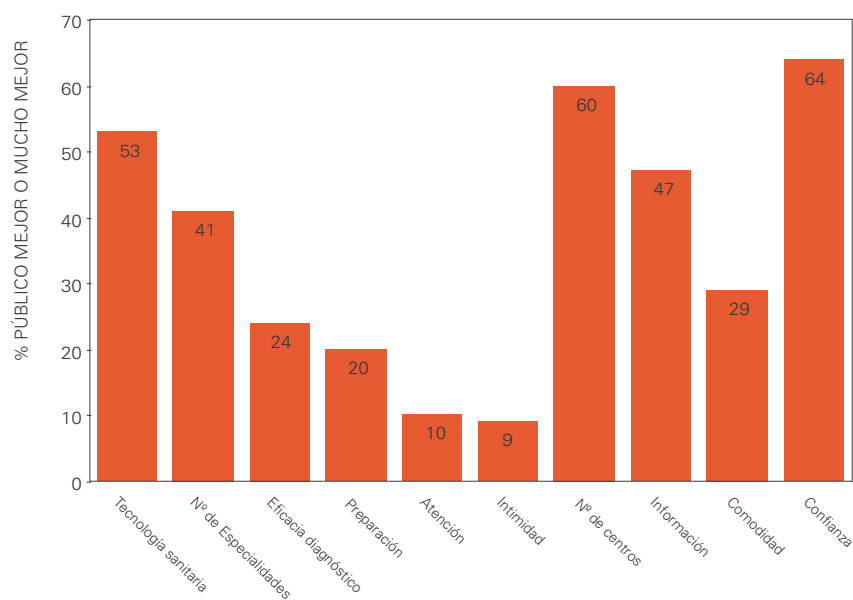


Gráfico 2.10 Características que son mejor valoradas en la sanidad privada

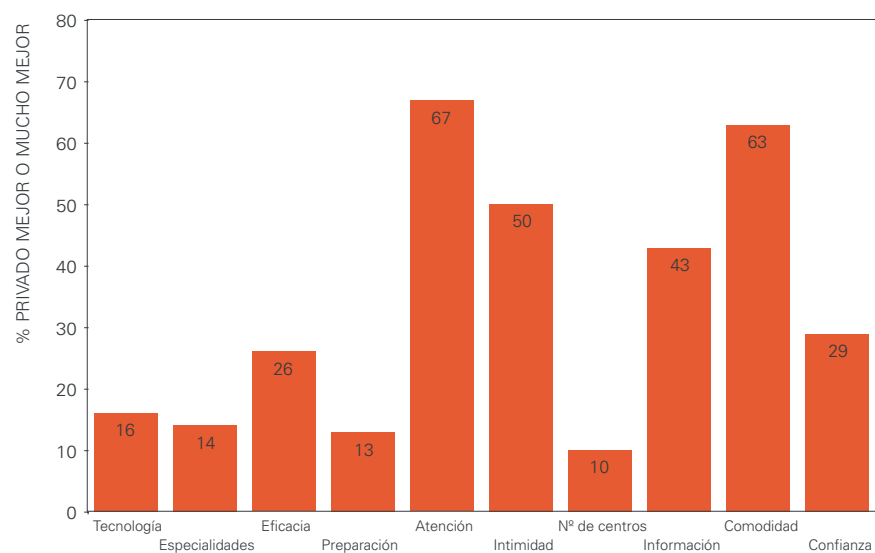
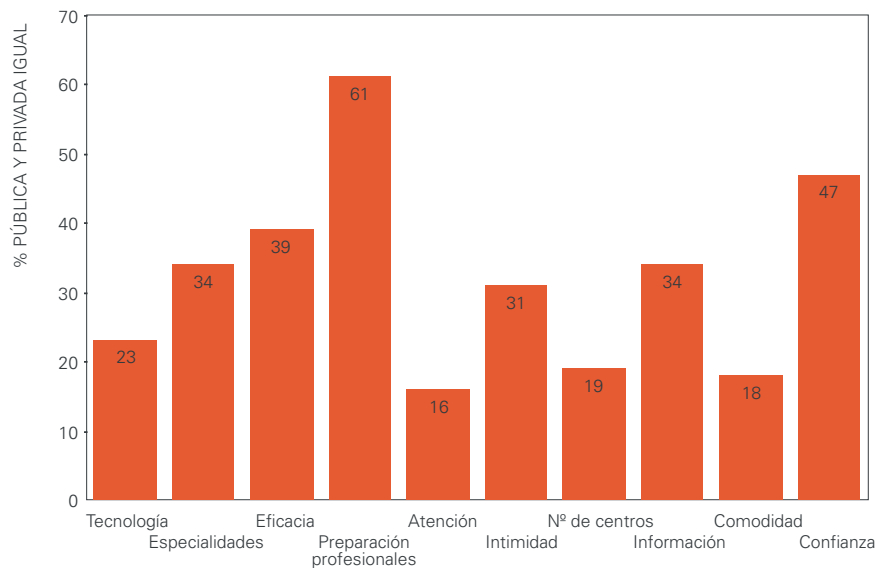


Gráfico 2.11 Características consideradas equivalentes en la sanidad pública y privada

Los aspectos en los que la población reconoce que la sanidad pública es mucho mejor o algo mejor que la privada son la confianza y seguridad que dan los profesionales (64%), el número de centros (60%) y la tecnología sanitaria (53%), donde se incluyen aparatos y equipos, por este orden. Por su parte, la población ha valorado como algo peor o mucho peor la sanidad pública con respecto a la privada en la calidad de la atención (67%), la comodidad de los centros (63%), el respeto a la intimidad (50%) y la información que se da al paciente sobre sus problemas (43%). Los aspectos en los que ambas coberturas han sido valoradas igual son: la capacidad y la preparación de los profesionales (61%), la confianza y seguridad que dan los profesionales (47%) y por último, la eficacia o el éxito en los diagnósticos, curas o tratamientos (34%).

A tenor de los resultados obtenidos comprobamos cómo se valida nuestra hipótesis: la opinión más frecuente es que el sistema sanitario público cumple una misión de cobertura en todo el territorio, que es accesible al conjunto de la población y que presta sus servicios equitativamente, lo cuál resulta en un alto grado de confianza. Al contrario, el sistema sanitario privado se considera que emplea un tipo de relación con sus clientes que resulta en mejor atención personalizada, en una mejor información, y que sus instalaciones están enfocadas a buscar la comodidad de los usuarios más que la capacidad de intervención basada en la tecnología. Por último, los aspectos en los que no se perciben importantes diferencias son la preparación de los profesionales, y también la confianza en los mismos, debido a que los ciudadanos asumen que el colectivo profesional que presta sus servicios en la sanidad privada es el mismo que lo hace en la pública.

No obstante, cabe hacer una matización que puede contribuir a una mejor interpretación de estos datos. Casi todos los encuestados emiten una respuesta a estas preguntas. Sin embargo el contacto con los servicios privados se reduce a una pequeña parte de la población. Si se trata de médicos de medicina general pertenecientes a las compañías privadas, casi la totalidad de los entrevistados afirma no haber asistido nin-

guna vez a lo largo del último año (87%), al igual que en el caso de la atención especializada en una compañía privada, el grueso de la población (81%) manifestó no haber utilizado este servicio en el año fijado para el análisis. En lo referido a hospitales pertenecientes a compañías privadas, sólo un pequeño porcentaje (un 8%) manifiesta haber estado hospitalizado alguna vez en estas instituciones. De este modo, se puede sostener que las opiniones acerca de la comparación entre la sanidad pública y la privada provienen generalmente de experiencias de terceras personas, o de imágenes transmitidas por los medios de comunicación social.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que en términos de opinión pública existe un sobredimensionamiento de las prestaciones que realiza la sanidad privada en nuestra comunidad autónoma. Esto se puede comprobar observando la siguiente tabla de contingencia, en la que se presentan las respuestas que indican la opinión respecto a los servicios prestados por la medicina privada. Al margen de que existe una alta cantidad de personas que emiten no conocer cuál es dicha cobertura (más del 30% en todas las cuestiones), en algunas de las cuestiones preguntadas existe cierta confusión, dado que son prestadas únicamente por el sistema público de salud, y en otros casos son prestaciones sanitarias de alto coste que generalmente no cubren los seguros que tienen contratados el común de los ciudadanos.

Tabla 2.4 Por lo que usted conoce o ha oído de la medicina privada en Andalucía, ¿sabe si presta los siguientes servicios? (% de respuestas)

	Sí	No	NS	NC	Total
Atención de urgencias graves	54,8%	14,5%	30,7%	0,0%	100,0%
Atención de enfermos mentales graves	39,5%	14,8%	45,6%	0,1%	100,0%
Trasplantes de órganos	38,5%	19,7%	41,8%	0,0%	100,0%
Intervenciones quirúrgicas complicadas	58,1%	13,7%	28,1%	0,1%	100,0%
Atención y seguimiento de enfermos de SIDA	32,7%	16,6%	50,7%	0,1%	100,0%
Vacunaciones infantiles	55,9%	11,0%	33,0%	0,0%	100,0%
Prótesis (de cadera, rodilla, etc)	57,1%	7,8%	35,0%	0,1%	100,0%
Atención de urgencias de niños (pediátricas)	61,6%	7,0%	31,3%	0,0%	100,0%

3. Los derechos de la población: conocimiento y percepción

En este capítulo se ha agrupado el conjunto de información que tiene que ver con la relación de los ciudadanos con la sanidad pública desde el punto de vista de sus derechos, y se organiza en cuatro partes.

El primer apartado se centra en el conocimiento que los ciudadanos tienen de sus derechos en la relación cotidiana con los servicios sanitarios que presta el sistema sanitario público, y se contextualiza haciendo referencia al marco legal donde se recogen los derechos generales. El segundo apartado analiza la percepción que tienen los ciudadanos respecto a la equidad en la prestación de los servicios sanitarios, haciendo referencia a la existencia de posibles desigualdades. En el tercer apartado se analiza por separado uno de los derechos puntuales de los ciudadanos, como es la libre elección de médico general y médico especialista u hospital. Se pretende averiguar en qué medida los hogares andaluces utilizan este derecho, cuáles son los problemas que se asocian al mismo, y obtener un perfil de las opiniones respecto a las ventajas o inconvenientes de llevarlo a cabo.

3.1 Los derechos de los ciudadanos

El 15 de Junio de 1998 se promulgó la Ley de Salud de Andalucía, normativa que regula y promueve la participación de los ciudadanos en el sistema sanitario público de Andalucía. Esta norma establece, dentro del Título II, Capítulo II, Artículo 8, los deberes que los ciudadanos tienen con respecto al Servicio de Salud, que se pueden resumir en el uso adecuado de los recursos que el sistema ofrece, el cumplimiento de las normas generales de salud pública, el cumplimiento de las normas establecidas en cada centro y el respeto por los profesionales. Dentro del mismo Título, se detallan también los derechos que el ciudadano tiene cuando hace uso de un servicio sanitario, de los que aquí se hace una breve exposición. Los ciudadanos tienen derecho recibir prestaciones y servicios sanitarios en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma, con un médico asignado para que le informen a lo largo del periodo asistencial; a recibir información sobre su situación de salud, los riesgos de la posible enfermedad que padezca para uno mismo y el resto de las personas, y a recibir un informe de alta o un certificado de su estado de salud.

Del mismo modo, el paciente tiene derecho al respeto y confidencialidad de sus datos en todos los ámbitos, como persona y como paciente, al acceso a su historial clínico y a ser advertido si se pretende disponer de la información clínica obtenida durante el proceso sanitario para proyectos docentes o de investigación, y si fuera así, previa autorización del paciente y aceptación del médico.

En tercer lugar, el paciente tiene derecho a elegir médico y centro, a disponer de una segunda opinión sobre su proceso, a negarse a un tratamiento, pudiendo elegir otro, o a una intervención quirúrgica (en determinadas circunstancias), y a participar en las actividades y servicios sanitarios y utilizar los mecanismos de reclamación y sugerencias.

Para obtener una apreciación de cuál es el grado de conocimiento que la población tiene sobre este marco legal se ha realizado una pregunta que, en términos sencillos, recoge algunos de los derechos que se enumeran en la Ley, teniendo en cuenta la posible existencia de diferencias entre los diversos niveles asistenciales del servicio público. En concreto, se ha preguntado si todos los ciudadanos en Andalucía tienen derecho a las siguientes cuestiones:

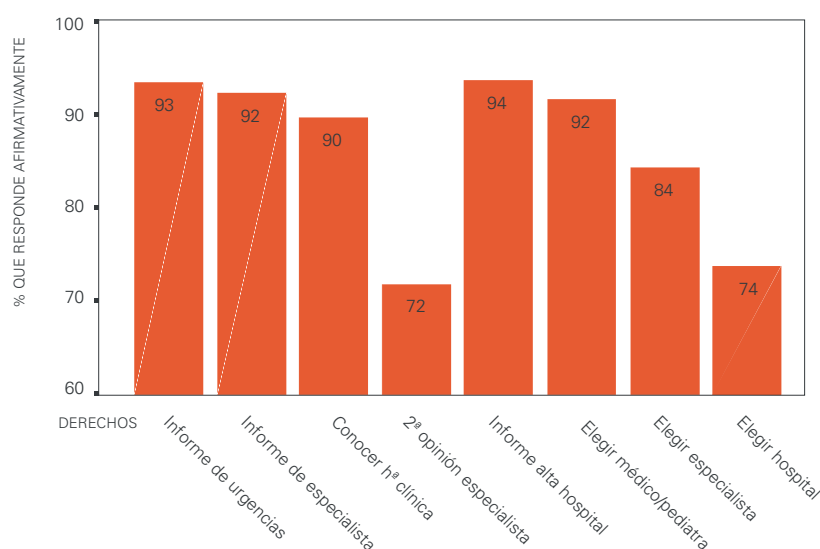
- A recibir un informe médico, después de haber sido recibido en urgencias.
- A recibir un informe médico, después de haber sido atendido por un médico especialista.
- A conocer la información sobre su historia clínica.
- A recibir una segunda opinión, si se quiere contrastar el diagnóstico o tratamiento.
- A recibir un informe de alta, después de haber estado ingresado en un hospital.
- A elegir el médico general y el pediatra.
- A elegir el hospital donde quiere que se le trate.

En función de las respuestas emitidas, es posible averiguar cuáles son los aspectos que están más y menos asimilados por parte de la población, y del mismo modo es factible realizar una contabilización del nivel global de información que poseen los ciudadanos.

Observando las respuestas de forma individual, los datos que aparecen en el gráfico 3.1 revelan que la gran mayoría tiene asimilados los derechos relacionados con la información que los centros sanitarios y los profesionales están obligados a emitir, tanto en el caso de las urgencias, como en el de las visitas a especialistas y las altas hospitalarias, con respuestas positivas en cantidades iguales o superiores al 90% de los entrevistados. Del mismo modo, el grado de conocimiento por parte de los ciudadanos del derecho a conocer su historia clínica (a recibir un informe de alta tras la hospitalización), es muy alto (94%), así como la capacidad para elegir médico general (92%).

Por otra parte, existen tres derechos que se desconocen más que el resto, aunque con porcentajes de respuestas positivas por encima del 70%, y que son el derecho a elegir el médico especialista o el hospital donde quiere que se le trate, y el derecho a recibir una segunda opinión o a ser visto por otro médico especialista si se quiere contrastar el diagnóstico o tratamiento.

Gráfico 3.1 Identificación de derechos relacionados con los servicios sanitarios públicos



Para saber si hay algún grupo concreto en el que ocurra un mayor grado de desinformación en algún caso puntual, se han aislado estos tres últimos derechos, y se ha procedido a explorar cuáles son las variables respecto a las que existen mayores diferencias (para el resto de derechos, al ser las cantidades de respuestas positivas superiores al 90%, no se ha considerado útil realizar este procedimiento).

En primer lugar, se ha observado si la frecuencia de asistencia a las consultas del médico de familia y especialista, y la existencia de hospitalización, influyen en el conocimiento de estos derechos. En otras palabras, si el grado de conocimiento de ciertos derechos está asociado con la utilización de los servicios relacionados con ellos, y del mismo modo si está asociado con la edad de las personas.

Observando el gráfico 3.3, se comprueba que el nivel de conocimiento sobre la elección de médico especialista aumenta conforme crece el número de consultas que se realiza a este tipo de médicos. La diferencia aparece sobre todo a partir de las 3 visitas anuales, lo cual nos indica que el uso frecuente de este tipo de atención provoca una mayor capacidad de decisión. Sin embargo, esta tendencia ocurre en las personas más jóvenes. En las personas mayores, especialmente en el grupo superior a los 65 años, es donde existe el menor grado de conocimiento sobre la posibilidad de elección de médico especialista, no existiendo diferencias importantes derivadas de la frecuencia de asistencia. La misma pauta se puede observar respecto al derecho de recibir una segunda opinión. Existe un mayor conocimiento de este derecho en las personas jóvenes que en los mayores, y del mismo modo en los mayores frecuentadores. Sin embargo, en el gráfico 3.2 se puede apreciar una particularidad: el menor conocimiento, para todos los grupos de edad, se observa entre las personas que sólo han asistido 1 o 2 veces al año.

Gráfico 3.2 Conocimiento del derecho a recibir una segunda opinión de médico especialista, según grupos de edad y asistencia a especialista

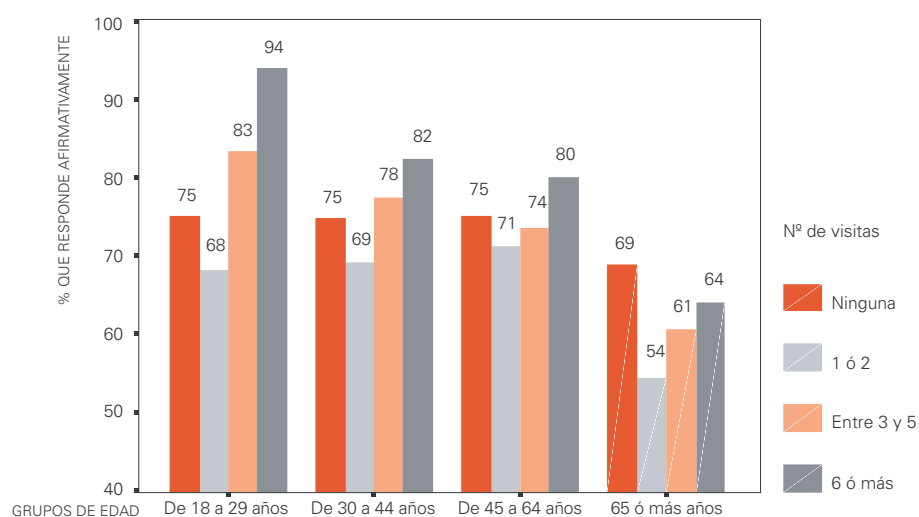
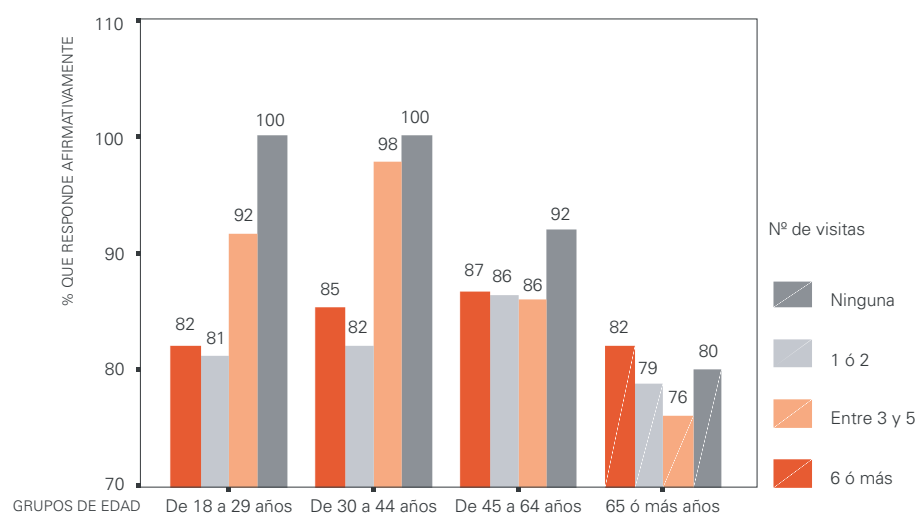


Gráfico 3.3. Conocimiento del derecho de elección de médico especialista, según grupos de edad y asistencia a especialista



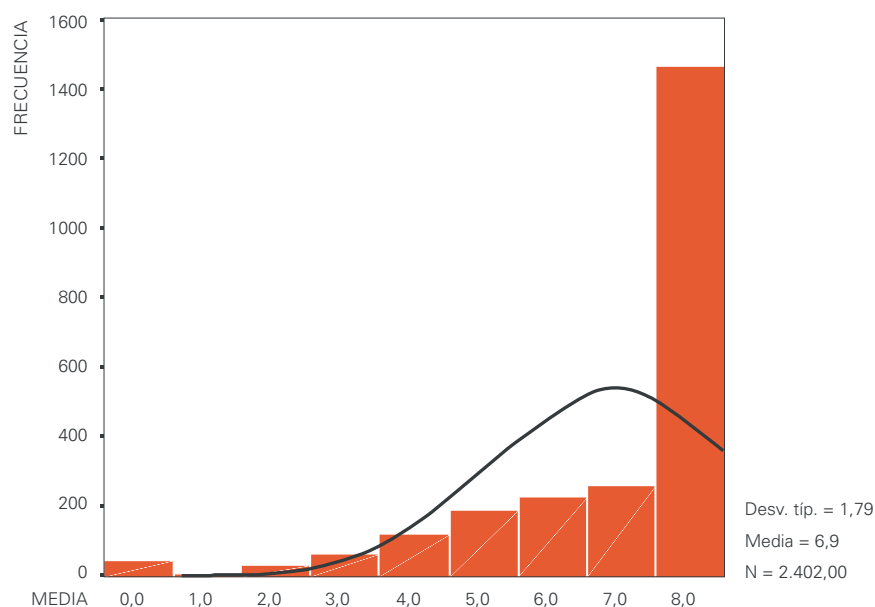
En lo referido al conocimiento de la capacidad de elección de hospital, se puede decir que está extendido de forma uniforme por todos los grupos de población, y que no existen diferencias que provengan de la edad, y del hecho de haber utilizado un servicio hospitalario recientemente: esto es, existe en torno a un tercio de la población que aún considera que el Servicio Andaluz de Salud es el que impone el centro hospitalario.

Por otra parte, en la tabla 3.1, junto al histograma incluido en el gráfico 3.4, se ha tratado el conjunto de las respuestas anteriores de forma global para averiguar el grado de información de la población sobre la existencia de sus derechos. El resultado es que, de los 8 elementos mencionados, un 60% de los andaluces conocen la existencia de todos ellos, y sólo un 25% conoce la existencia de menos de seis. El conocimiento medio por parte de los entrevistados es de 6,9.

Tabla 3.1 Identificación de derechos relacionados con servicios sanitarios. (Resumen de estadísticos)

Derechos		
N	Válidos	2.402
	Perdidos	0
Media		6,8947
Desviación típica		1,7920
Percentiles	25	6,0000
	50	8,0000
	75	8,0000

Gráfico 3.4 Identificación de derechos relacionados con servicios sanitarios. (Histograma)



Para observar más detenidamente la influencia de otras variables en los ciudadanos que más o menos información tienen, se han concentrado los niveles de conocimiento en tres grupos (nivel bajo: entre 1 y 4 derechos identificados; nivel medio: entre 5 y 7 derechos identificados; nivel alto: 8 derechos identificados) que se han cruzado con variables demo-

gráficas y socioeconómicas. Los resultados obtenidos se presentan en las siguientes tablas de contingencia, en las que se muestran sólo las variables que arrojan mayores diferencias. Dichos resultados indican que el grupo que comprende los 65 años o más de edad es el que tiene mayor desconocimiento cuando se le pregunta por la totalidad de los derechos. En concreto, sólo la mitad se puede considerar como con un grado de información alta, y casi un 18% con un grado de información baja. Al contrario, los mayores niveles de conocimiento se encuentran en los grupos de edad intermedios.

Con respecto al tamaño de hábitat, el grado de conocimiento aumenta conforme aumenta el tamaño del lugar de residencia. Así, en los municipios más grandes es donde se conocen más la totalidad de los derechos. En los municipios de menos de 5.000 habitantes se supera el grado de conocimiento cuando se trata de cuatro únicos derechos y en los municipios de entre 5.000 y 20.000 se supera cuando se trata de conocer entre 5 y 7 derechos. Por último, se incluye el cruce por el nivel de estudios. La tabla 3.4. nos indica que únicamente es en el grupo de nivel más bajo, con estudios primarios sin finalizar, en el que aparece un porcentaje significativo de personas que tienen menos conocimiento.

Tabla 3.2 Identificación de derechos relacionados con los servicios sanitarios, según grupos de edad

			Grupos de edad				Total
			De 18 a 29 años	De 30 a 44 años	De 45 a 64 años	65 o más años	
Grupos de derechos	Conocimiento bajo (entre 1 y 4 derechos)	% de Grupos de edad	11,3%	7,8%	9,6%	17,6%	10,9%
		Residuos corregidos	,4	−3,0	−1,3	4,6	
	Conocimiento medio (entre 5 y 7 derechos)	% de Grupos de edad	27,5%	28,8%	27,1%	30,1%	28,2%
		Residuos corregidos	−,4	,4	−,7	,9	
	Conocimiento alto (8 derechos)	% de Grupos de edad	61,1%	63,5%	63,3%	52,3%	60,9%
		Residuos corregidos	,1	1,6	1,4	−3,8	
	Total	% de Grupos de edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 3.3 Identificación de derechos relacionados con los servicios sanitarios, según tamaño de hábitat

			Tamaño de hábitat				Total
			Menos de 5.000 h.	Entre 5.000 y 20.000 h.	Entre 20.000 y 100.000 h.	Más de 100.000 h.	
Grupos de derechos	Conocimiento bajo (entre 1 y 4 derechos)	% de Tamaño de hábitat	14,0%	10,9%	10,8%	9,0%	10,9%
		Residuos corregidos	2,7	,0	-,1	-2,3	
	Conocimiento medio (entre 5 y 7 derechos)	% de Tamaño de hábitat	27,5%	33,8%	26,3%	26,4%	28,2%
		Residuos corregidos	-,4	3,2	-1,0	-1,5	
	Conocimiento alto (8 derechos)	% de Tamaño de hábitat	58,5%	55,3%	62,9%	64,6%	60,9%
		Residuos corregidos	-1,3	-2,9	1,0	2,9	
Total		% de Tamaño de hábitat	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 3.4 Identificación de derechos relacionados con los servicios sanitarios, según nivel de estudios

			Nivel de estudios				Total
			Primarios sin finalizar	Primarios completos	Secundarios	Universitarios	
Grupos de derechos	Conocimiento bajo (entre 1 y 4 derechos)	% de nivel de estudios	13,4%	8,3%	9,9%	12,2%	10,9%
		Residuos corregidos	2,8	-2,8	-,7	,8	
	Conocimiento medio (entre 5 y 7 derechos)	% de nivel de estudios	27,8%	28,9%	28,8%	27,0%	28,2%
		Residuos corregidos	-,4	,5	,3	-,5	
	Conocimiento alto (8 derechos)	% de nivel de estudios	58,8%	62,8%	61,2%	60,8%	60,9%
		Residuos corregidos	-1,5	1,3	,2	,0	
Total		% de nivel de estudios	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3.2 La igualdad y equidad en la asistencia

En la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía, en el Título I de Disposiciones Generales se regula este principio estableciendo la “igualdad y equidad del acceso al Sistema Sanitario Público de Andalucía” y la “consecución de la igualdad social y el equilibrio territorial en la prestación de los Servicios Sanitarios”. Del mismo modo, se reconoce la igualdad para todos los ciudadanos, sean o no andaluces y residan o no en la Comunidad Autónoma.

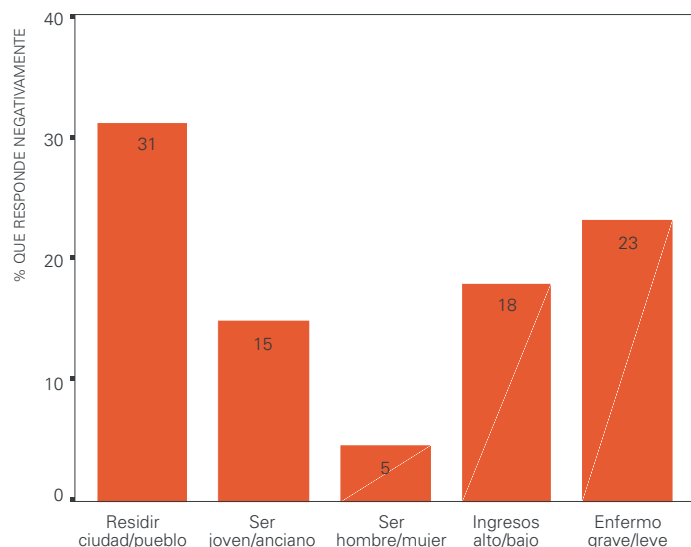
El objetivo que se persigue con los siguientes análisis es averiguar si los ciudadanos creen que la sanidad pública es igual para todos y, en su caso, detectar las principales causas de lo que se consideran fuentes de desigualdad. Además, se persigue identificar a los ciudadanos que perciben un mayor nivel de desigualdad en cuestiones puntuales, y comparar la percepción de la equidad de la sanidad pública en Andalucía con la existente en el resto del Estado.

Para llevar a cabo estos objetivos se toma como referencia una pregunta del cuestionario del barómetro en la que se demandaba la opinión respecto a si la sanidad pública andaluza presta los mismos servicios a todos los ciudadanos, diferenciando cinco criterios que podrían ser las causas de la desigualdad y que se refieren a:

- Se resida en una ciudad o en un pueblo pequeño.
- Se sea joven o anciano.
- Se sea hombre o mujer.
- Se tenga un nivel económico alto o bajo.
- Se padezca una enfermedad leve o grave.

En el gráfico 3.5 se presenta la cantidad global de entrevistados que indican que existen diferencias en la prestación de servicios sanitarios en las diferentes cuestiones. Como se puede apreciar, el grado de desigualdad percibida por los andaluces es escaso en casi todas ellas, dado que la mayor parte de la población considera que no existen. No obstante, la distribución de las respuestas presenta algunas diferencias que permiten establecer el lugar de residencia y la gravedad de la enfermedad como los aspectos en los que existe un trato más discriminatorio, mientras que en el sexo apenas se perciben diferencias.

Gráfico 3.5 Opiniones sobre la prestación igualitaria de servicios sanitarios



Para observar si los encuestados perciben diferencias respecto a las cuestiones que les afectan personalmente se ha optado por cruzar cada uno de los elementos por sus variables equivalentes en los individuos que responden: esto es, la opinión sobre la existencia de diferencias en la prestación de servicios sanitarios según se resida en una ciudad o pueblo pequeño se ha cruzado con el tamaño de hábitat; la opinión referida a las diferencias en función de que se sea joven o anciano se ha cruzado con la edad, y así sucesivamente. La intención es realizar una exploración sobre si ciertos individuos perciben la desigualdad en su propio entorno.

Los resultados obtenidos de este análisis son que no hay diferencias en lo referido al tamaño de hábitat, al sexo, o a la gravedad de las enfermedades. Es decir, entre las personas que viven en núcleos rurales o urbanos no existen diferencias respecto a la percepción de desigualdades procedentes del lugar en el que se viva, y del mismo modo, no existen diferencias entre hombres y mujeres respecto al sexo, ni entre personas con estados de salud bueno o malo respecto a la gravedad de las enfermedades. Únicamente se perciben ligeras diferencias en los distintos grupos de edad. En este caso, las personas que consideran que la sanidad es más equitativa entre jóvenes y viejos son precisamente los más mayores.

Por último, dado que una pregunta similar se ha incluido en uno de los barómetros sanitarios del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 1995), es posible comparar el grado de igualdad percibida en Andalucía con la existente en el resto del Estado, que se presenta respectivamente en las tablas 3.5 y 3.6. En esta última se observa que, a nivel nacional, la opinión sobre la equidad del sistema de salud refleja unos porcentajes positivos algo menores que los que aparecen cuando se pregunta la misma cuestión sólo en Andalucía. En todos los aspectos existe una diferencia porcentual en torno a los 10 puntos a favor de la situación en Andalucía.

Tabla 3.5 Opiniones sobre prestación igualitaria de servicios sanitarios en Andalucía (IESA-CSIC, 1999)

	Se resida en una ciudad o pueblo pequeño	Se sea joven o anciano	Se tenga un nivel económico alto o bajo	Se padezca una enfermedad leve o grave
	%	%	%	%
Sí	63,7%	81,4%	77,5%	72,0%
No	31,2%	14,9%	17,9%	23,1%
NS	5,1%	3,7%	4,5%	4,8%
NC	,0%	,0%		
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 3.6 Opiniones sobre la prestación igualitaria de servicios sanitarios en España (CIS, 1995)

	Se resida en una ciudad o pueblo pequeño	Se sea joven o anciano	Se tenga un nivel económico alto o bajo	Se padezca una enfermedad leve o grave
	%	%	%	%
Sí	56.00	70.00	64.0%	59.0%
No	37.0%	25.0%	31.0%	36.0%
NS / NC	6.0%	5.0%	5.0%	5.0%
	,0%	,0%		
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Como conclusiones de este apartado se puede destacar que los andaluces no perciben discriminaciones significativas en los servicios que presta la sanidad pública en Andalucía. Tampoco perciben desigualdades dentro de su propio entorno ni creen que la haya con respecto a otros grupos, salvo en el caso de que se trate de nivel económico donde los más desfavorecidos aprecian cierto grado de desigualdad que no ven aquellas personas que tienen mayores niveles de renta.

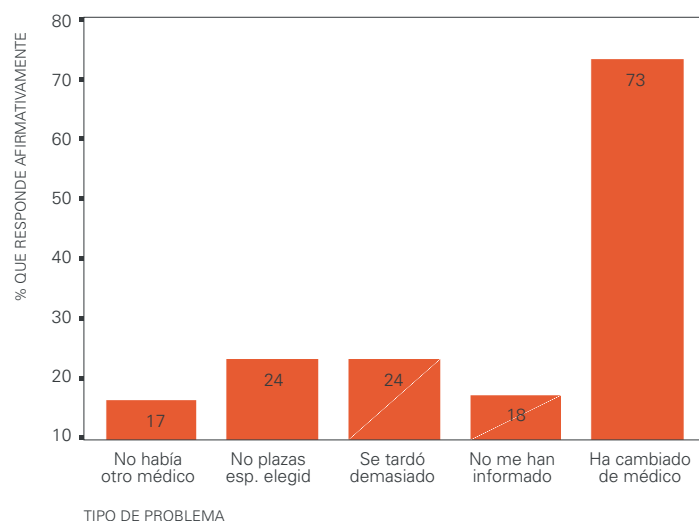
3.3 La libre elección de médico

En este apartado se analiza el ejercicio que hacen los ciudadanos de su derecho a la libre elección de médico u hospital y los resultados que han obtenido cuando han querido ejercer ese derecho. También se realiza un perfil de las familias que intentan cambiar de médico. La exposición de los datos se hace de forma separada para la Atención Primaria y la Atención Especializada. Posteriormente se analizan las opiniones de la población acerca de los efectos que esta medida tiene para la mejora de la atención sanitaria, y se incluyen las razones de los entrevistados por las que la medida se considera positiva o negativa.

Comenzando con la Atención Primaria, la intención de cambio de médico es considerable, dado que aparece en el 9% de los hogares durante el último año. Esta intención aumenta a medida que se incrementa el tamaño de hábitat, apareciendo el porcentaje más bajo en núcleos rurales, donde se reduce al 5% frente al 11% en los de más de 100.000. También existen diferencias para el nivel de estudios, siendo el doble en los hogares en los que el cabeza de familia tiene estudios medios y altos (12%), respecto a los que no tienen estudios (5%). Con respecto a la edad, la intención de cambio aumenta desde el grupo más joven que comprende de los 18 a los 29 años al siguiente, de 30 a 44. Pero a partir de 46 años comienza a bajar el porcentaje hasta los mayores de 65 años que son los que apenas optan por el cambio.

Los problemas más frecuentes que han encontrado los hogares en los que han querido cambiar de médico en el último año se reflejan en el gráfico 3.6.

Gráfico 3.6 Identificación de problemas relacionados con el cambio de médico de familia y porcentaje de cambios efectuados

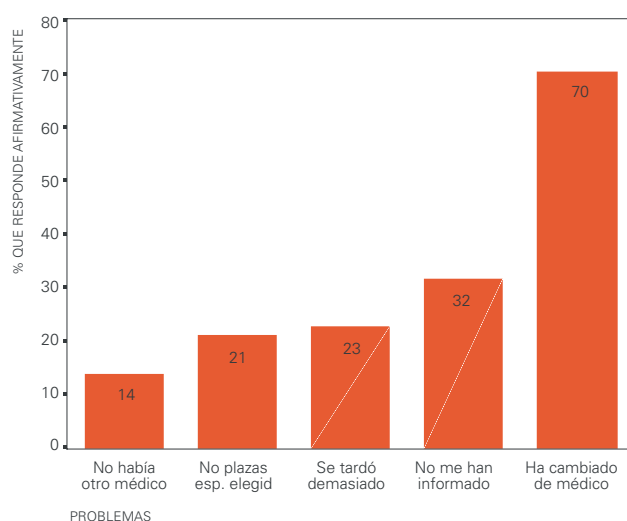


En el caso de la Atención Primaria se puede observar que, cuando ha habido problemas en el cambio de médico, éstos han estado relacionados la mayor parte de las veces con aspectos de carácter administrativo, como son la tardanza en el proceso de cambio y la inexistencia de plazas para el médico elegido, que son expresadas por el 24% de las personas que lo intentan. Por otra parte, un 17% expresa que no existía otro médico, y un 18% que no ha habido un proceso de información adecuado. No obstante, la mayor parte de las familias que ha intentado el cambio, un 73%, lo ha efectuado finalmente.

Con respecto a la Atención Especializada, se ha realizado una operación similar, en este caso a partir de los intentos de cambio de especialista u hospital por alguno de los miembros de la familia. Sólo un 3% de los entrevistados ha intentado cambiar de especialista o de hospital en el último año. Este porcentaje pertenece a un hábitat urbano, de más de 100.000 habitantes. Por debajo de este nivel de población el intento es prácticamente nulo. Con respecto a las variable ingresos no se establecen diferencias de ningún tipo y para el nivel de estudios únicamente aumenta el porcentaje cuando se trata el nivel de estudios universitarios. En el nivel en el que no existen estudios de ningún tipo tampoco aparece un número de casos relevante con respecto al intento de cambio de médico especialista ni de hospital. Con respecto a la variable edad, tampoco se observan diferencias relevantes.

A continuación, a través del gráfico 3.7 se exponen los problemas que han surgido en aquellos casos que han intentado el cambio, así como los cambios efectivos, y que son los mismos que los enumerados para los médicos de familia. En este caso la circunstancia más frecuente encontrada en el cambio de médico especialista o de hospital es que el usuario no ha sido informado adecuadamente, con un 32% que lo expresa como problema. La cantidad de usuarios que indica que no existía plaza para el médico elegido, o que se ha tardado demasiado, es similar a la observada para los médicos de familia, con cantidades en torno al 20% de los casos, y finalmente logran cambiar un 70% de las personas que lo intentan.

Gráfico 3.7 Identificación de problemas relacionados con el cambio de especialista / hospital y porcentaje de cambios efectuados



Para finalizar este apartado, se hace referencia a la opinión que tienen los andaluces con respecto a si esta medida puede contribuir a la mejora de la atención sanitaria. Globalmente, la medida es considerada positivamente por el 65% de los encuestados, existiendo una proporción alta, un 25%, que no sabe de sus posibles repercusiones sobre la mejora de la atención sanitaria. Las personas que habitan zonas con mayor número de población son los que están más de acuerdo con la idea de que la medida es positiva (68%), frente al 62% entre quienes viven en municipios de menos de 5.000 habitantes. El nivel de estudios también influye en el grado de su aceptación, que es mayor a medida que aumenta el nivel cultural, 70% entre quienes tienen estudios medios y superiores frente al 59% entre quienes no tienen estudios. También aumenta de forma significativa la opinión positiva según aumenta el nivel de renta de los encuestados.

4. La Atención Primaria

En el estudio de las opiniones de los ciudadanos respecto al sistema sanitario es imprescindible distinguir entre los diversos sectores o niveles asistenciales que lo forman. Ello se debe, en primer lugar, a la diferencia funcional que existe normalmente en la prestación de los servicios sanitarios, que en el caso andaluz presenta una composición dual en servicios de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE), con diversas condiciones de organización, tipos de asistencia prestada y localización en el territorio. Por otra parte, en términos de sentido común, la mayor parte de las personas tienden a distinguir de forma inmediata entre Atención Primaria y Especializada, entre médicos generales y especialistas, o entre centros de salud, ambulatorios y hospitales. Para la mayoría de los ciudadanos existen importantes diferencias en la frecuencia de los contactos con los profesionales, en las condiciones de acceso que fija la administración y en las expectativas y exigencias que se tienen sobre ellos, cuestiones que, junto a la tradicional diferencia de estatus atribuida a los distintos sectores de la profesión sanitaria, justifican tratarlos de forma diferenciada. Por ello, en este trabajo se ha optado por distinguir entre los distintos tipos de asistencia existentes en el Servicio Andaluz de Salud, tanto en la recogida de información a través del cuestionario como en la exposición de sus resultados. Este capítulo se dedica al análisis de las opiniones sobre la Atención Primaria.

Los análisis que se han realizado tratan de responder a tres cuestiones distintas. En primer lugar, se analiza cuál es la opinión general de los ciudadanos (Barómetro Sanitario) sobre los diversos aspectos de la Atención Primaria, de forma que permita dibujar un esquema del estado de la cuestión en Andalucía. Es, por tanto, un acercamiento de tipo descriptivo, en el que se identifican las cuestiones mejor y peor valoradas de la AP, y que permite realizar una gradación de las deficiencias más sentidas desde el punto de vista de la opinión pública. En segundo lugar, se han establecido los principales factores que influyen en la construcción de las opiniones que existen sobre este nivel asistencial. Se trata de observar cuáles son las variables que contribuyen a explicar las distintas valoraciones sobre la Atención Primaria, e identificar colectivos con opiniones típicamente positivas o negativas. En tercer lugar, se ha estudiado el grado de conocimiento que la población andaluza tiene sobre los servicios prestados en la Atención Primaria, identificando los servicios menos conocidos y los grupos de población en los que existe un menor grado de información respecto a este asunto.

4.1 Descripción general de las opiniones sobre la Atención Primaria

La Atención Primaria comprende el conjunto de recursos y profesionales encargados de atender las necesidades de salud de primer nivel de la población. Sus principales servicios comprenden las consultas médicas de adultos, las consultas pediátricas, los servicios de enfermería, la asistencia domiciliar y las urgencias de primer nivel, entre otros servicios dedicados a la asistencia, prevención y la salud pública. Están diseminados en más de 1.300 centros de salud y consultorios presentes en todos los municipios andaluces (ver SAS, 1998).

Las valoraciones de este tipo de asistencia reflejan las experiencias que la mayor parte de los ciudadanos tienen con la sanidad pública. Es el nivel asistencial más cercano a la vivencia cotidiana y aquel con el que la gran mayoría de personas tienen un contacto más frecuente. De hecho, casi el 70% de los entrevistados manifiestan haber ido a una consulta de un médico de familia del SAS en el último año, y prácticamente la totalidad de los hogares tienen algún miembro que ha recibido servicios de AP. Es, por tanto, una cuestión sobre la que la mayoría de la población tiene una opinión formada, que se refleja en que casi la totalidad de los entrevistados responden a todos los ítem incluidos en la encuesta referidos a AP.

Para indagar las opiniones de los ciudadanos se han utilizado dos procedimientos. En primer lugar se ha pedido a los entrevistados que se posicionen ante una serie de aspectos que reflejan diversos componentes de la AP, utilizando una escala tipo Likert, a través de la cuál es posible tratarlos de forma estandarizada, y a su vez compararlos con los obtenidos para otros niveles asistenciales. En segundo lugar, se ha pedido a los entrevistados que expresen de forma espontánea los aspectos que, desde su punto de vista, son más importantes para mejorar en los centros de AP. De esta forma, aunque de manera menos concisa, se obtiene una visión cualitativa que permite complementar las medidas anteriores, y que refleja las cuestiones más sentidas por parte de la población. Ambos procedimientos permiten tener una visión amplia de la problemática que, desde el punto de vista de los ciudadanos, afecta con mayor intensidad a su relación con la Atención Primaria.

En concreto, los aspectos sobre los que se ha medido la opinión se pueden dividir en dos grupos: cuestiones relacionadas con la accesibilidad y las condiciones físicas de los centros, y cuestiones relacionadas con el trato recibido por parte del personal sanitario, que consisten en las siguientes:

Accesibilidad y condiciones físicas:

- Atención el mismo día o día siguiente a la cita.
- Comodidad del horario de atención.
- Cercanía del consultorio al domicilio.
- Tiempo de espera para ser atendido.
- Adecuación y comodidad de las instalaciones.

Trato del personal sanitario:

- Confianza y seguridad transmitida por los profesionales.
- Amabilidad de los profesionales.
- Información proporcionada.
- Respeto a la intimidad.

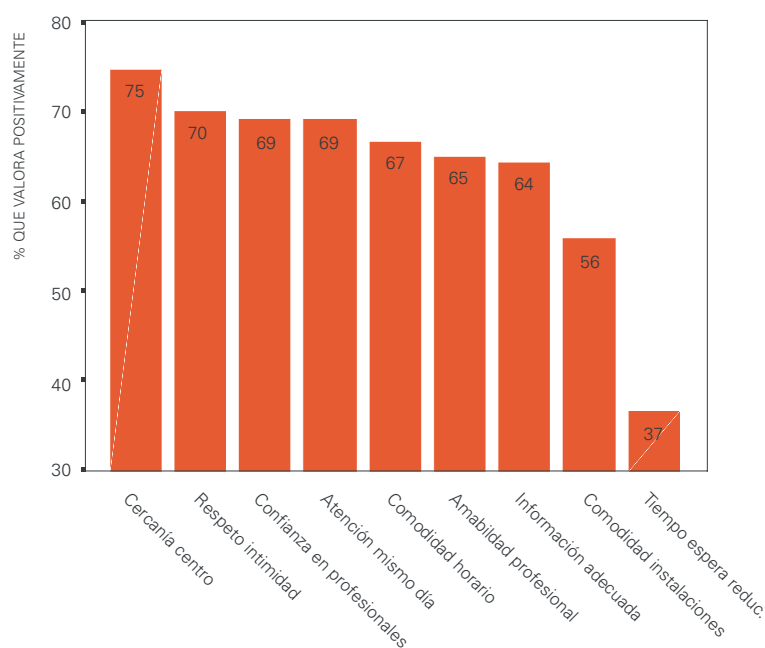
La comparación de los distintos aspectos se presenta gráficamente seleccionando el porcentaje de individuos que emite una opinión positiva en cada uno de ellos, es decir, que manifiestan estar “de acuerdo” o “muy de acuerdo” con que las condiciones o el trato recibido por parte del personal son las adecuadas. Puede verse, por tanto, la gradación entre las cuestiones mejor y peor valoradas en el gráfico 4.1.

En general, los ciudadanos tienen una buena opinión respecto a la mayoría de las cuestiones propuestas. De los 9 ítem incluidos, 7 obtienen valoraciones positivas por encima del 60% de los casos. Es de destacar que la cuarta parte de los entrevistados manifies-

tan que sus respectivos centros de AP están situados en lugares cercanos a sus domicilios, lo cuál refleja la implantación de los centros de Atención Primaria en todo el territorio de la Comunidad Autónoma. Del mismo modo, aparece un alto nivel de satisfacción con todas las cuestiones que tienen que ver con la atención al paciente y el comportamiento de los profesionales, tales como el respeto a la intimidad, la confianza que se tiene en el trato recibido y la amabilidad de los mismos.

Al contrario, las cuestiones peor valoradas son la comodidad de las instalaciones, con un 56% de personas que las valora positivamente, y sobre todo el tiempo que los pacientes deben de esperar para ser atendidos. Sólo el 37% considera que no hay que esperar mucho cuando acuden a la consulta del médico general. Parece ser pues que uno de los puntos débiles de la Atención Primaria en términos de opinión pública está relacionado con la presión asistencial que existe en los centros de salud y consultorios, que provoca que los recursos humanos se perciban como escasos para dar una suficiente agilidad a la demanda asistencial, y que los medios físicos se vean como inadecuados e incómodos para recibir a los usuarios.

Gráfico 4.1 Valoración de aspectos relacionados con AP



La información cualitativa recogida a través de las respuestas abiertas de los entrevistados viene a confirmar la pauta anterior. En la tabla 4.1 se presenta la relación de las mejoras más importantes a realizar en los centros de salud y consultorios del SAS, expresadas en una pregunta con posibilidad de respuesta múltiple, con el porcentaje de individuos que indican cada una de las mejoras. De esta forma, el 22,6% cita como principal problema el “tiempo de espera o la rapidez en la atención”. El 11% de la muestra expresa el “numero de pacientes o la masificación de los centros”, y el 7% la “cantidad de médicos disponibles”.

Esto es, en torno a un 40% de los entrevistados expresa como principal mejora cuestiones relacionadas con los recursos necesarios para hacer frente a la presión asistencial. Por otra parte, las otras mejoras relevantes son las relacionadas con las dotaciones de los centros, como son la mejora de las instalaciones, condiciones de salas de espera o mejora de equipamientos.

Del mismo modo que en las preguntas anteriores, las características del personal médico vistas individualmente no se consideran como uno de los principales problemas. Sin embargo, cuando se observan de forma agregada se percibe que las visiones sobre los profesionales del SAS distan de ser homogéneas. Por ejemplo, en torno a un 10% de los encuestados cita como mejoras más importantes cuestiones relacionadas con la competencia profesional de los médicos, tales como la “preparación y profesionalidad del personal”, así como con “la eficacia en los tratamientos”. Además, las mejoras referidas al trato recibido suman cantidades superiores al 20%, con un 13% que demanda una mejora del “trato y la amabilidad”, y un 5% respectivamente que expresa el “tiempo dedicado a los pacientes” y el “interés y dedicación de los profesionales”.

Tabla 4.1 Aspectos más importantes a mejorar en los centros de salud y consultorios del SAS

Tabla P19 multirespuesta 9902

		Total	Sexo		Grupos de edad			
			Hombre	Mujer	De 18 a 29 años	De 30 a 44 años	De 45 a 64 años	65 o más años
Mejoras en Atención Primaria	Ninguno	15,8%	14,8%	16,7%	9,2%	12,7%	16,7%	31,4%
	Nº de centros de salud	3,8%	4,1%	3,5%	3,0%	5,0%	3,7%	3,1%
	Especialidades no incluidas	2,0%	1,9%	2,0%	2,2%	2,6%	2,0%	,5%
	Servicios de urgencia (médico las 24 horas, etc)	4,9%	5,4%	4,4%	5,2%	5,2%	5,7%	2,6%
	Inclusión de especialistas en centros de salud	1,5%	1,7%	1,4%	1,4%	,9%	2,8%	,8%
	Servicio de ambulancias	,5%	,3%	,7%	,4%	,3%	,9%	,5%
	Mejora de la atención a domicilio	,5%	,5%	,5%	,6%	,5%	,6%	,3%
	Aparatos y equipamientos	4,1%	4,8%	3,5%	5,7%	4,0%	3,7%	2,3%
	Limpieza, higiene, ventilación	2,0%	1,3%	2,6%	3,3%	1,8%	1,7%	,3%
	Condiciones de las salas de espera (asientos, espacio, etc)	2,5%	2,7%	2,3%	3,0%	2,1%	2,3%	2,6%
	Mejora de las instalaciones en general	10,4%	11,5%	9,3%	13,2%	12,2%	8,0%	6,2%
	Mejor trato o amabilidad con los pacientes	12,7%	12,6%	12,7%	16,4%	16,6%	9,0%	5,4%
	Tiempo dedicado a los pacientes	5,1%	4,8%	5,3%	4,0%	7,3%	5,2%	2,8%
	Intimidad, privacidad, etc.	2,8%	1,9%	3,6%	3,4%	3,4%	2,6%	1,0%
	Mejora de la información	2,0%	2,3%	1,9%	2,2%	3,0%	1,8%	,5%
	Interés y dedicación de los profesionales	5,0%	4,8%	5,2%	6,0%	5,2%	5,5%	2,1%
	Tiempo de espera, rapidez en atención, etc.	22,6%	22,7%	22,6%	28,7%	22,7%	20,1%	15,9%
	Puntualidad cuando dan cita	1,5%	1,6%	1,5%	2,6%	1,5%	,9%	,8%
	Tiempo en resultados de análisis, pruebas, etc.	1,0%	,8%	1,2%	,6%	1,8%	,6%	1,0%
	Menor masificación, nº de pacientes por médico	11,2%	10,1%	12,2%	9,5%	13,1%	13,5%	6,9%
	Horarios	3,2%	3,2%	3,2%	5,6%	3,2%	1,4%	2,1%

Realizar pruebas en el mismo centro	1,0%	,9%	1,0%	,6%	1,2%	1,5%	,3%
Mejora sistema citas previas, teléfono, etc.	3,3%	2,5%	3,9%	2,6%	4,3%	3,7%	2,1%
Preparación y profesionalidad del personal	6,8%	7,2%	6,4%	8,5%	7,5%	6,4%	3,3%
Mayor número de médicos	7,1%	7,6%	6,7%	6,6%	7,8%	8,4%	4,6%
Control de fallos médicos, eficacia	2,1%	2,0%	2,3%	2,3%	3,4%	1,7%	,5%
Facilidades en elección o cambio de médico	,5%	,5%	,6%	,4%	,9%	,5%	,3%
Coordinación entre médico de cabecera y especialistas	,7%	,9%	,6%	,6%	,9%	1,1%	
No clasificados	3,3%	3,0%	3,5%	2,9%	3,2%	3,4%	3,9%
NS	11,9%	13,3%	10,6%	10,2%	10,1%	11,0%	19,3%
NC	,4%	,4%	,3%	,6%	,2%	,2%	,8%
Totales	2.393	1.152	1.241	696	656	652	389
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

% de casos que responde cada ítem.

4.2 Los determinantes de las opiniones sobre la Atención Primaria

Una vez descritas las principales opiniones existentes respecto a la Atención Primaria, el siguiente paso se centra en determinar qué elementos influyen en la construcción de la imagen del sistema sanitario. Esto es, en averiguar si los juicios emitidos por los entrevistados son uniformes, o si existen variaciones significativas que permitan identificar el perfil de las opiniones positivas y negativas sobre los aspectos tratados.

En este caso se ha investigado sobre dos causas posibles de variación: las características socioeconómicas de los encuestados y la frecuencia con la que acuden a los servicios de Atención Primaria. En este sentido, hay que tener en cuenta que los datos utilizados son especialmente adecuados para examinar ambos tipos de cuestiones: consisten en una muestra a población general, que representa proporcionalmente a la población andaluza según características demográficas, y que del mismo modo refleja las diferencias de contacto de los diversos grupos de la población con los servicios sanitarios. Es posible diferenciar, por tanto, las opiniones fundamentadas que provienen de experiencias concretas y las opiniones que son emitidas a partir de contactos puntuales, o de un conocimiento derivado de fuentes externas, y que puede tender a compartir la imagen socialmente circulante que existe sobre los servicios públicos. Esto es, los datos manejados ofrecen la oportunidad de distinguir entre la visión de los ciudadanos en general y la visión de los ciudadanos que han sido usuarios del servicio público.

En definitiva, los siguientes análisis se dirigen a contrastar, para el caso de Andalucía, algunas hipótesis que se han planteado en otros estudios referidos a la satisfacción con los servicios sanitarios. Esto es, que el grado de utilización de los servicios sanitarios y ciertas características de carácter cultural, que fundamentalmente van asociadas a la edad, tienen una clara influencia en los niveles de satisfacción.

Para llevar a cabo este objetivo existen dos posibilidades. En primer lugar, puede realizarse una comparación individual para cada uno de los ítems o elementos incluidos en la

encuesta relacionados con la AP, en función de las características señaladas. Esto permite identificar la existencia de algún segmento social que se incline por valorar de forma diferente alguna de las cuestiones contempladas. En los gráficos 4.2, 4.3 y 4.4 se han incluido las variables referidas a la valoración de la accesibilidad y las instalaciones del servicio cruzadas por las cuestiones que en las que se han encontrado diferencias relevantes: el tamaño de hábitat, la edad de los entrevistados y la frecuencia de asistencia anual a un médico de AP del SAS.

Gráfico 4.2 Valoración de AP (acceso e instalaciones), según tamaño de hábitat

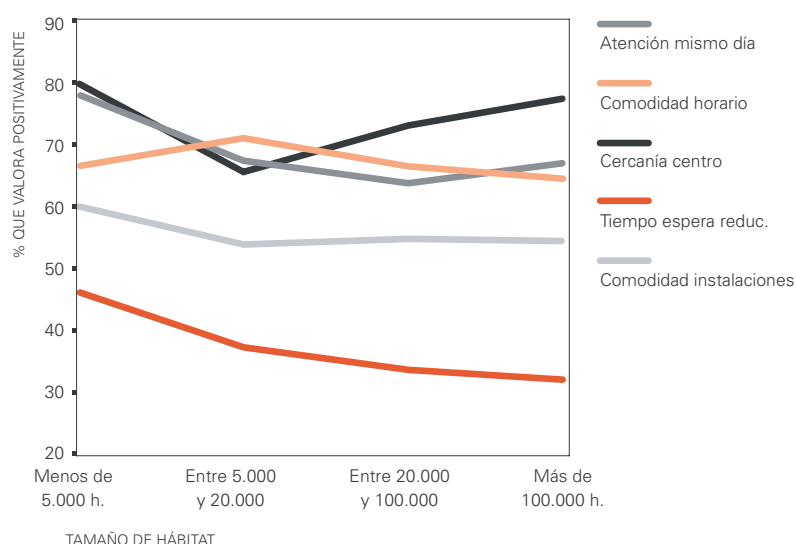


Gráfico 4.3 Valoración de AP (acceso e instalaciones), según grupos de edad

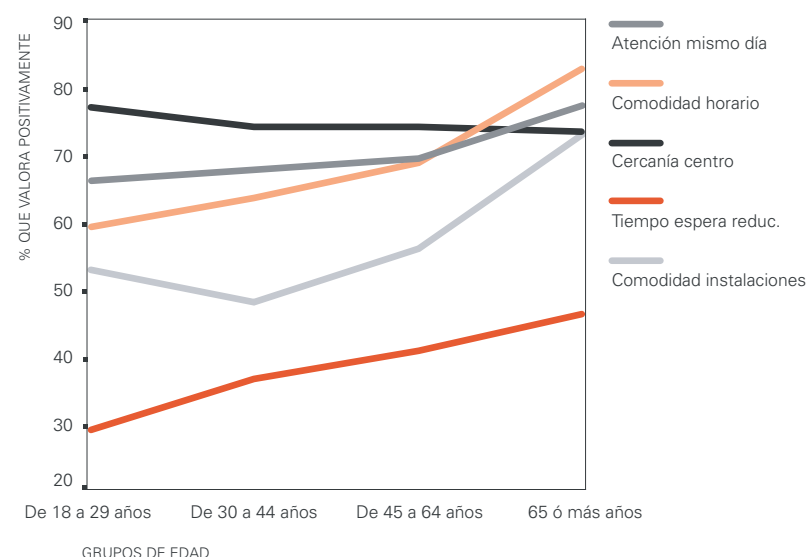
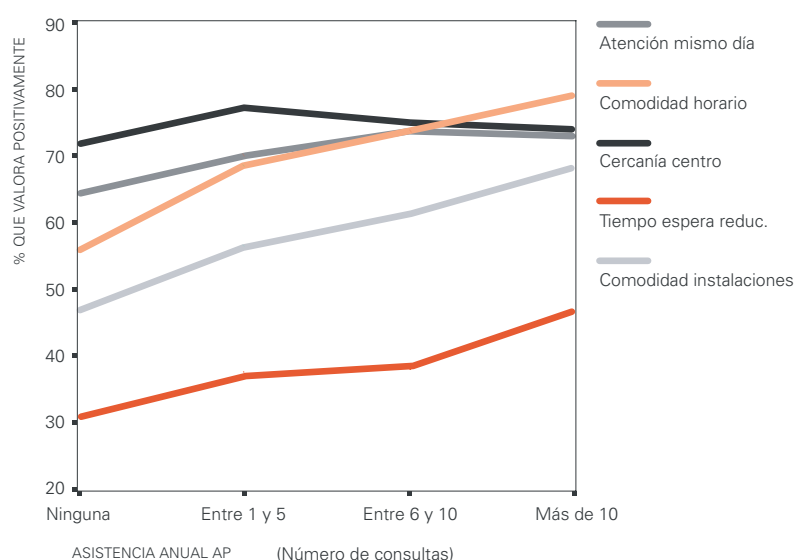


Gráfico 4.4 Valoración de AP (acceso e instalaciones según asistencia anual)



Por ejemplo, con relación a los tamaños de población, las diferencias aparecen sobre todo en el “tiempo de espera cuando se asiste al centro” y en la “prestación de la atención el mismo día en el que se solicita”. Existe un mayor porcentaje de personas que emiten una opinión positiva en los municipios pequeños de menos de 5.000 habitantes. Por otra parte, las diferencias derivadas del tamaño de hábitat se muestran con mayor intensidad en la valoración de los aspectos referidos al contacto con el personal de los centros. De nuevo, existe una mejor opinión en los habitantes que residen en municipios pequeños, con unos altos niveles de satisfacción situados entre el 70 y 80%, mientras que en los restantes tamaños de población las opiniones positivas se sitúan entre el 60 y 70%, sin diferencias importantes entre ellos. Parece ser pues que las diferencias nítidas, cuando existen, sólo aparecen en los municipios pequeños, quizá debido a que es en ellos en los que se percibe con mayor intensidad los cambios ocurridos en la Atención Primaria, ya que en estos se ha concentrado un importante esfuerzo de dotación y reconversión en los últimos años. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en estos municipios la clientela de los centros está compuesta por personas con edades que presentan una especial relación con los servicios sanitarios, como se verá a continuación.

En el resto de los gráficos se ha incluido una operación similar a la anterior para los distintos grupos de edad y los niveles de asistencia a la consulta de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud pero referidos ahora a la satisfacción con la atención recibida por los profesionales. En este caso se observa que casi todos los aspectos están relacionados con la edad de los entrevistados y con la utilización de los servicios. Normalmente, la pauta existente es que a mayor edad, mayor nivel de satisfacción. Del mismo modo, conforme aumenta la asistencia a la consulta de Atención Primaria también existe una mejor percepción del conjunto de las cuestiones, aunque se observan distintas intensidades en los dos grupos de variables empleadas.

Gráfico 4.5 Valoración de AP (trato de profesionales), según tamaño de hábitat

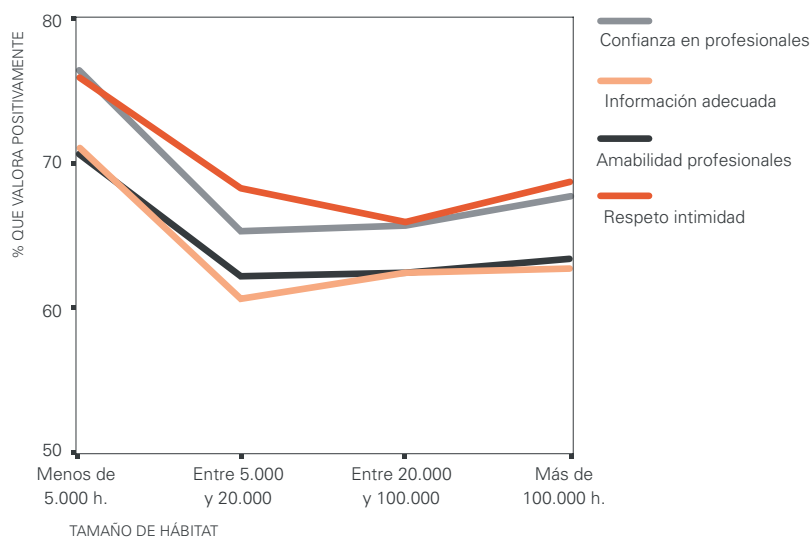


Gráfico 4.6 Valoración de AP (trato de profesionales) según grupos de edad

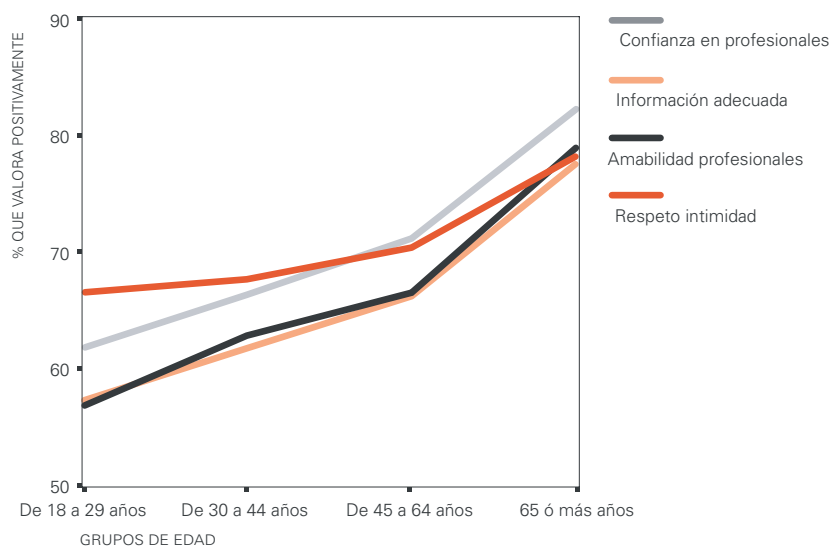
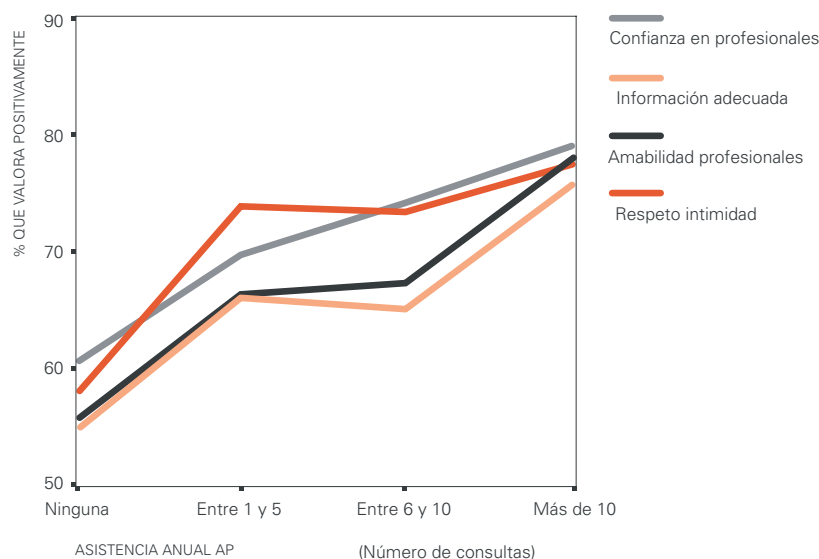


Gráfico 4.7 Valoración de AP (trato de profesionales), según asistencia anual

Los niveles de satisfacción suben conforme aumenta la edad y el grado de asistencia en lo referido al tiempo de espera, la comodidad de las instalaciones y la comodidad del horario, mientras que esta relación no se presenta en lo referido a la cercanía del centro y la atención recibida el mismo día. Por otra parte, la asociación más fuerte se percibe en la valoración de la confianza que se tiene en los profesionales, la información que se recibe, la amabilidad y el respeto a la intimidad. En estos casos las diferencias entre jóvenes y ancianos, y entre no usuarios y usuarios frecuentes, son aproximadamente del doble en todos los aspectos. Como se verá más adelante, la recurrencia de estos resultados resulta lógica debido a que en gran medida ambas cuestiones coinciden, esto es, las personas de más edad son las que más asisten a los centros de salud.

Por otra parte, hay que resaltar que este tipo de diferencias no aparecen tan nítidamente cuando se tratan otras variables de orden socioeconómico. Por ejemplo, el nivel de ingresos tiene escasa relación con las opiniones sobre la Atención Primaria, del mismo modo que los estudios de los entrevistados, cuando se observan de forma separada para cada grupo de edad. Parece ser por tanto que la edad como la frecuencia, unido a la situación del centro, son los factores que más influyen en la valoración de la sanidad pública a este nivel.

Otra alternativa para observar más en profundidad las diferencias mencionadas en las opiniones respecto a la Atención Primaria es a través de un índice de valoración, que resuma los resultados de las valoraciones parciales obtenidas en para los distintos aspectos tratados. Dado que para cada ítem existe una medida ordinal en la escala Likert situada entre las posiciones “muy en desacuerdo” y “muy de acuerdo”, con valores entre 1 y 5 respectivamente, es posible utilizar las puntuaciones de la escala como medidas numéricas de satisfacción, y emplear un procedimiento aditivo para obtener una medida conjunta en cada uno de los individuos. Aunque esta operación supone cambiar artificialmente el nivel de medida, y utilizar como números algo que realmente sólo es una ordenación jerárquica, aparece como un procedimiento muy útil para reducir la cantidad de información disponible y contrastar de forma sencilla el conjunto de hipótesis que aquí se han planteado.

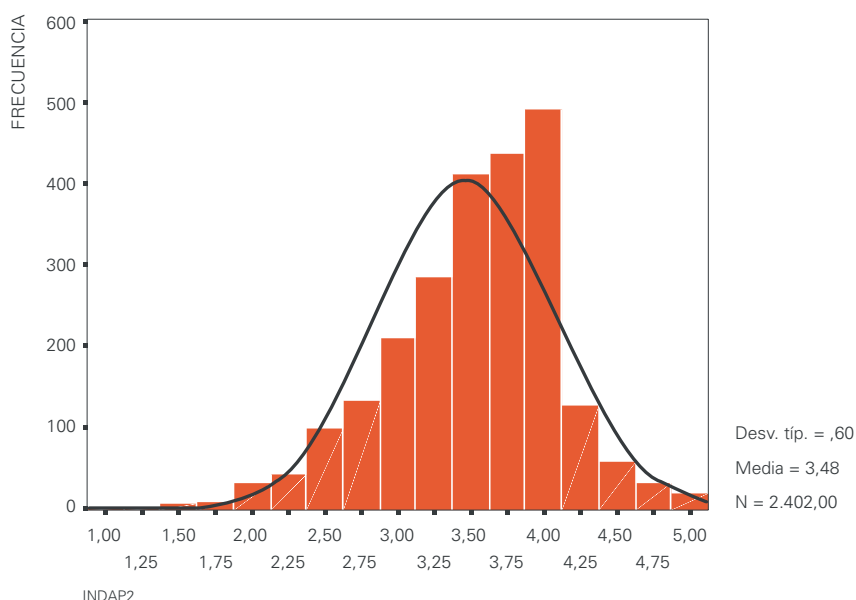
En concreto, se ha realizado un promedio de las variables referidas a la valoración de la Atención Primaria tras efectuar una imputación de los valores perdidos (NS, NC) y un análisis de fiabilidad de las 9 variables, en el que se ha excluido la variable “cercanía del centro”, ya que presentaba una baja correlación con el resto y no contribuía a mejorar las mediciones finales. De este modo, el resultado es una nueva variable que aquí se interpreta como “Índice de valoración de la Atención Primaria”, que representa el conjunto de opiniones sobre este nivel asistencial, y en el que los niveles bajos y altos de satisfacción se sitúan respectivamente entre los valores 1 y 5.

Para el conjunto de la muestra, el índice de valoración obtiene una media de 3,48, situándose el punto que divide a la muestra en partes iguales en 3,5 y el valor más frecuente en 4, lo cual en conjunto, permite sostener que, en general, existe una alta valoración de estos servicios sanitarios por parte de la población andaluza.

Tabla 4.2 Índice de valoración de AP (estadísticos de resumen)

INDAP2		
N	Válidos	2.402
Perdidos	0	
Media	3,4752	
Mediana	3,5000	
Moda	4,00	
Desviación típica	,5959	
Mínimo	1,00	
Máximo	5,00	
Percentiles	25	3,1250
50	3,5000	
75	3,8750	

**Gráfico 4.8 Índice de valoración de AP
Histograma**



A través de este procedimiento, el primer asunto que se observa es la posibilidad de influencias de forma conjunta o separada entre las cuestiones tratadas anteriormente, así como la inexistencia de otras influencias que podrían esperarse como relevantes. Por ejemplo, no existe relación entre el sexo y la satisfacción del usuario.

Una forma gráfica de presentación de las mayores diferencias observadas en la valoración global puede verse en el gráfico 4.9, en el que se presentan las medias obtenidas para los distintos grupos de edad y los niveles de frecuencia a los servicios de AP del SAS. Podemos observar que, efectivamente, la valoración aumenta conforme aumenta la edad. Los grupos que tienen una peor opinión son los jóvenes menores de 29 años, mientras que los que valoran mejor la atención primaria son las personas mayores. Por otra parte, dentro de las mismas edades, también se observa que la satisfacción crece conforme aumenta el contacto con los servicios de AP. Además, ambas cuestiones, presentan correlaciones significativas con el índice de valoración, tal como puede observarse a través de los coeficientes para medidas ordinales obtenidos en la tabla 4.3.

Gráfico 4.9 Valoración global de AP según grupo de edad y frecuencia de asistencia anual

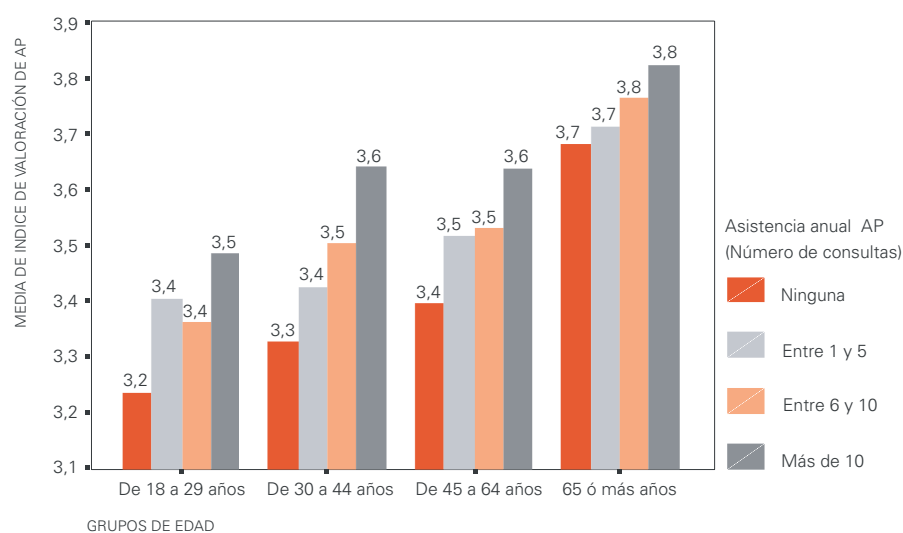


Tabla 4.3 Correlaciones entre edad, asistencia y valoración global de AP

			Edad	Frec. asistencia AP del SAS	Indice de valoración de AP
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	Edad	1,000	,274(**)	,235 (**)
		Frec. asistencia AP del SAS	,274 (**)	1,000	,179 (**)
		Indice de valoración de AP	,235 (**)	,179 (**)	1,000
Sig. (bilateral)		Edad	–	,000	,000
		Frec. asistencia AP del SAS	,000	–	,000
		Indice de valoración de AP	,000	,000	–
N		Edad	2.402	2.331	2.402
		Frec. asistencia AP del SAS	2.331	2.331	2.331
		Indice de valoración de AP	2.402	2.331	2.402

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Las influencias de la edad y la frecuentación son evidentes. Sin embargo, la pregunta lógica que se plantea tras la observación de estos datos es la siguiente: ¿cuál es el factor que más influye en la valoración de los servicios sanitarios, la edad o el contacto con los mismos? Parece ser que el mayor determinante de la opinión es la edad, dado que existen altos niveles de satisfacción se acuda o no frecuentemente al médico de cabecera. Además, se confirma en las correlaciones parciales. Controlando por la edad las correlaciones entre frecuencia y valoración bajan de forma apreciable. Este es un hecho que apoya el argumento de que las personas mayores son las que perciben en mayor medida las mejoras de los servicios sanitarios en los últimos años. Existe una mayor valoración en aquellas personas que han apreciado un cambio significativo en los servicios públicos existentes en Andalucía, esto es, en las personas que a lo largo de su vida han sufrido la carencia tradicional de servicios asistenciales y, a la vez, han podido observar el despegue ocurrido a partir de la década de los 80, gracias a las condiciones de desarrollo económico y a la extensión de las políticas públicas relacionadas con los servicios. Por otra parte, hay que tener en cuenta que estas personas son también las que tienen menor nivel de estudios, y las que tienen menos capacidad para discernir sobre cuestiones que requieren cierta competencia para opinar sobre ellas, tales como la preparación de los profesionales.

Al contrario, la gente joven es la que más crítica se muestra con el nivel de prestación de los servicios públicos, para lo que se pueden aducir varios argumentos. Además de ser los que lógicamente tienen menos problemas de salud, es la generación que ha crecido al mismo tiempo que se ha ido implantando el Estado del Bienestar en nuestro país, que perciben el nivel de prestaciones existentes como algo normal, y que por tanto plantea mayores exigencias al funcionamiento de los servicios públicos. Es de esperar que el aumento del grado de bienestar, del nivel educativo y de la capacidad económica conlleve una evolución al alza de las demandas que se le plantean al sector público, tanto en el ámbito sanitario como en otros servicios que ofrece la administración.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que, aunque en menor medida que la edad, el contacto con el servicio sanitario tiende a provocar una mejor valoración del mismo. Para esto caben diferentes interpretaciones, pero a nuestro juicio éste es uno de los datos que permite sostener el argumento de que las opiniones acerca de la eficacia de la asistencia sanitaria están basadas en buena medida en unas imágenes preconcebidas.

El hecho de que las personas que no utilizan frecuentemente los servicios de AP tengan una opinión negativa se debe principalmente a dos cuestiones. En primer lugar, las personas que tienen un menor contacto con los servicios sanitarios suelen ser más críticos con los servicios públicos, debido sobre todo a sus características socioeconómicas: son más jóvenes, tienen un mayor nivel de formación y residen en mayor medida en zonas urbanas. Este es el grupo de personas que se muestra reiteradamente más exigente con todos los servicios públicos, y al mismo tiempo son los que han percibido en menor medida el cambio existente en las dos últimas décadas. En segundo lugar, los escasos contactos, generalmente por cuestiones leves, coinciden con personas que habitualmente tienen una ocupación, y buscan sobre todo la rapidez y comodidad del servicio. Estas se ven más afectados en su vida cotidiana debido al cambio que deben efectuar en su dedicación habitual de trabajo o estudios.

Puede decirse por tanto que las opiniones sobre los servicios de Atención Primaria están directamente relacionadas con la edad y con la frecuencia de contacto con las consultas, existiendo una interacción entre ambas cuestiones. Es decir, a mayor edad mayor frecuentación, y a mayor frecuentación, mayor valoración, con un esquema de influencias que podría ser el siguiente:



Al descartarse influencias procedentes de otro tipo de características sociodemográficas, como por ejemplo el sexo, la edad aparece por tanto como el factor que más influye en este tipo de opiniones, dado que a ella van asociadas otras características que también tienen cierta relación con el nivel de exigencias planteadas a los servicios sanitarios, como el nivel de estudios, la situación laboral o los ingresos, o que determina directamente el contacto con estos servicios, que es el segundo factor en importancia.

4.3 El conocimiento de la cobertura de los servicios de Atención Primaria

Otro de los objetivos que se planteaban en el análisis de la información referida a la AP es averiguar el grado de conocimiento de la población de los servicios prestados en este nivel asistencial.

La cartera de servicios de la AP ha ido aumentando progresivamente, añadiendo nuevas prestaciones a la atención de primer nivel. Existen numerosos servicios que abarcan desde las situaciones de emergencia hasta las intervenciones dirigidas a prevenir activamente la aparición de enfermedades, así como a la detección y al tratamiento específico de personas con necesidades determinadas en salud (por ejemplo, vacunaciones, seguimiento de embarazos, seguimiento de procesos crónicos, etc. (SAS, 1998). No obstante, en nume-

rosas personas puede seguir existiendo una concepción del modelo asistencial de la AP en su versión tradicional, en el que en el papel de los centros y profesionales se considera de forma pasiva, dedicado a atender demandas puntuales de los pacientes derivadas del padecimiento de un problema de salud, y en el que no existe una especialización de servicios en función de grupos de usuarios con necesidades específicas.

En este apartado se trata de observar cuál es el grado de conocimiento de la población de estos nuevos servicios. Para ello se han usado una serie de actuaciones en el campo de la prevención y de la atención específica, utilizando algunos los servicios que forman parte del paquete típico de reconversión de los centros de salud. En definitiva, se trata de indagar hasta qué punto las mejoras introducidas en la cobertura de la Atención Primaria son percibidas efectivamente por la población andaluza para, en la medida de lo posible, acercar estos servicios a los ciudadanos que los necesiten.

En la tabla 4.4 se exponen las contestaciones de las personas de la muestra del barómetro a cada una de las cuestiones citadas, referidas tanto a los servicios dirigidos a adultos como a los de pediatría. En la observación de las respuestas conviene distinguir entre las cuestiones sobre las que no se dispone de información, en las que los encuestados declaran que no saben de su existencia, y las opiniones erróneas o negativas, esto es, las de las personas que indican expresamente que el SAS no presta los servicios citados en los consultorios y centros de salud.

En primer lugar, existen una serie de servicios que una gran mayoría de la población asocia a las prestaciones normalmente ofrecidas por la AP, con porcentajes de contestaciones positivas superiores al 70%, y en los que existe una cantidad reducida de personas que indica expresamente que no son prestadas por la asistencia pública. Estos servicios, ordenados de mayor a menor según su grado de conocimiento, son los siguientes:

- Vacunaciones infantiles.
- Atención a enfermos con tensión alta.
- Atención a domicilio de personas graves.
- Seguimiento de enfermos con diabetes.
- Revisiones periódicas de niños menores de 1 año.
- Atención a las embarazadas.

En segundo lugar, existen prestaciones menos conocidas, que son la educación maternal y la planificación familiar, que bajan respectivamente al 62 y 57% de contestaciones positivas, existiendo un importante grupo de personas que no sabe de la existencia de estos servicios, aunque no se consideran de antemano como excluidas de los servicios de AP.

Por último, existen dos cuestiones relacionadas con la pediatría que, además de ser escasamente conocidas, son consideradas por una importante cantidad de personas como excluidas de las actuaciones ofrecidas por la Atención Primaria. Estas son, las revisiones periódicas de vista y oído, con 49% de personas que las identifican, y la prevención de caries por los dentistas, que se reduce al 32,6%. Los porcentajes que consideran que no son prestados por el sistema público son el 25 y el 40% respectivamente.

Tabla 4.4 Conocimiento de cobertura de servicios de Atención Primaria

		Sí	No	NS	NC	Total
Planificación familiar	%	62,3%	8,8%	29,0%		100,0%
Educación maternal	%	55,7%	11,2%	32,9%	,1%	100,0%
Atención a domicilio de personas graves o que no pueden moverse	%	84,6%	5,5%	9,8%	,0%	100,0%
Atención a las embarazadas	%	73,5%	8,3%	18,3%		100,0%
Seguimiento de los enfermos con diabetes	%	77,6%	3,7%	18,7%		100,0%
Atención a los enfermos con la tensión alta	%	85,0%	3,5%	11,5%		100,0%
Vacunaciones infantiles	%	89,3%	,9%	9,8%		100,0%
Revisiones periódicas de niños menores de 1 año	%	74,3%	4,2%	21,5%		100,0%
Prevención de caries (por los dentistas)	%	32,6%	39,9%	27,5%		100,0%
Revisiones de vista y oído	%	49,2%	25,2%	25,5%		100,0%

Dado que algunas de las cuestiones tratadas están dirigidas a colectivos específicos, es lógico que exista un alto nivel de desinformación en algunas franjas de la población sobre las cuestiones que no les afectan directamente, como por ejemplo en aquellas referidas a pediatría en las personas que no están en situación de tener hijos o que ya no tienen niños pequeños. En la tabla 4.5 se pueden observar los resultados de forma separada para las familias con hijos y sin hijos menores de 14 años. Se observa aquí que el nivel de información mejora de manera importante en las familias con hijos en lo referido a existencia de vacunaciones infantiles o revisiones periódicas en niños de menos de 1 año, debido probablemente a que han tenido una experiencia reciente en este sentido. Sin embargo, no hay diferencias destacables entre las familias sin hijos y con hijos en el conocimiento de los servicios de prevención de caries y enfermedades de vista y oído. Incluso en las familias con hijos el porcentaje de personas que señalan que estos servicios no son prestados por la AP es mayor que en el resto. Parece ser, por tanto, que una parte importante de la población objetivo de estas prestaciones tiene una imagen preconcebida sobre su exclusión de la asistencia pública, que en el caso de los dentistas posiblemente está asociada a la tradicional exclusión de la cobertura pública de los servicios odontológicos más habituales.

Por otra parte, es posible identificar a los grupos de población en los que, en conjunto, existe un mayor y un menor desconocimiento de los servicios de AP. El procedimiento seguido ha sido una clasificación de los individuos en función de los aciertos, es decir, en función de los ítems a los que se responde positivamente en las preguntas referidas a los servicios prestados por la Atención Primaria. Globalmente, de las 10 prestaciones de AP que se han preguntado, como media se identifican correctamente 6,9, estando el 75% de la muestra por encima de 5 aciertos, y el 50% por encima de 7.

Tabla 4.5 Conocimiento de cobertura de servicios de Atención Primaria, según existencia de hijos menores de 14 años en el hogar

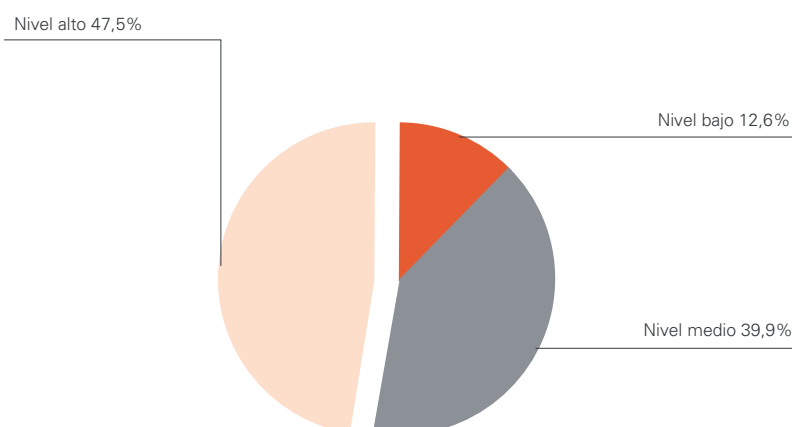
				Sí	No	NS
Hijos menores de 14 años	No	Planificación familiar	%	57,5%	7,4%	35,1%
		Educación maternal	%	50,3%	9,8%	39,8%
		Vacunaciones infantiles	%	85,7%	1,0%	13,3%
		Revisiones periódicas de niños menores de 1 año	%	67,9%	4,1%	28,0%
		Prevención de caries (por los dentistas)	%	31,5%	36,6%	31,9%
		Revisiones de vista y oído	%	48,2%	22,3%	29,5%
	Sí	Planificación familiar	%	70,8%	11,1%	18,1%
		Educación maternal	%	65,4%	13,8%	20,7%
		Vacunaciones infantiles	%	95,7%	,6%	3,7%
		Revisiones periódicas de niños menores de 1 año	%	85,7%	4,4%	9,8%
		Prevención de caries (por los dentistas)	%	34,5%	45,8%	19,7%
		Revisiones de vista y oído	%	51,0%	30,5%	18,5%

A partir de aquí, es posible establecer una gradación del nivel de información disponible sobre la AP para poder obtener un perfil de los grupos con mejores o peores niveles de información, que aquí se ha optado por realizarlo del siguiente modo:

- Información baja: entre 0 y 3 prestaciones identificadas.
- Información media: entre 4 y 7 prestaciones identificadas.
- Información alta: entre 8 y 10 prestaciones identificadas.

El resultado de la clasificación de la muestra es el siguiente: el primer grupo, con baja información, agrupa al 12,6%; el segundo, con información media, al 39,9% y, el último, formado por las personas altamente informadas, reúne al 47,5% de las entrevistadas..

Gráfico 4.10 Agrupación de niveles de conocimiento de cobertura de servicios de AP

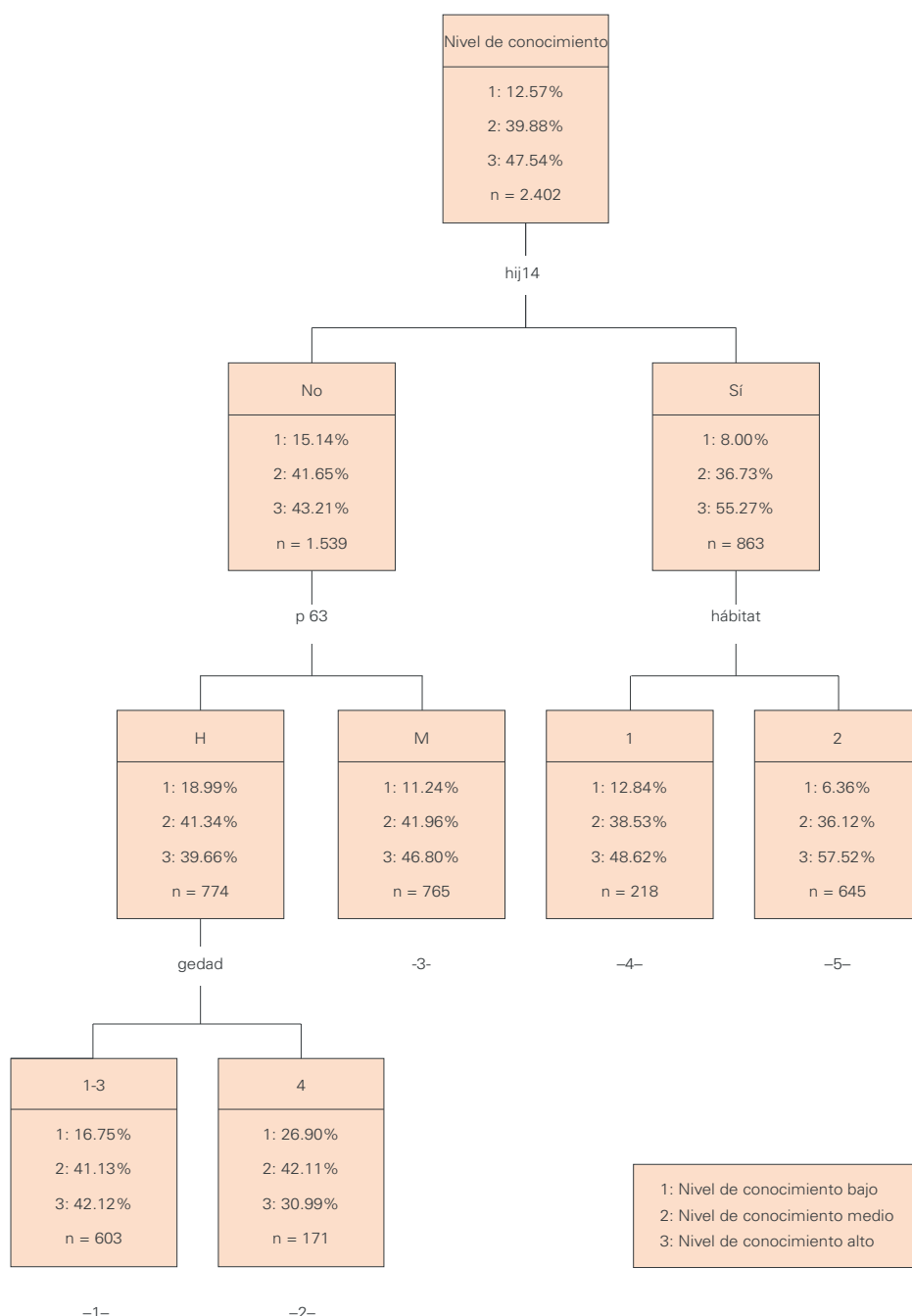


Finalmente, una partición de la muestra en grupos homogéneos permite identificar sobre todo a los grupos en los que se concentra un menor nivel de información. En el análisis de segmentaciones que se ha realizado, se han incluido como posibles predictores del nivel de información sobre la Atención Primaria las siguientes variables: sexo, edad, nivel de estudios, hábitat, frecuentación de la AP, tipo de seguro sanitario y disposición de hijos menores. El resultado descarta que existan influencias derivadas del nivel de asistencia a la AP, ni del tipo seguro sanitario o el nivel de estudios.

La cuestión que más influye en la información disponible sobre AP es el sexo: las mujeres son las que mejor nivel de información poseen, aunque en ello interviene la disposición de hijos menores de 14 años, que son en las que coinciden menor edad y mayor nivel de estudios. Sin embargo, dado que la situación entre ambos tipos de familias es muy distinta respecto a las necesidades de utilización de servicios de AP, se ha considerado realizar la primera partición de la muestra de acuerdo con esta características, para a continuación observar las influencias del resto de las variables.

En el gráfico de segmentaciones (gráfico 4.11) se observa que, en las personas que no tienen hijos pequeños, las mayores influencias se encuentran en el sexo, y posteriormente en la edad. El grupo peor informado es el de los hombres con edades superiores a los 64 años, con un 26% de los mismos situados en el nivel más bajo de información, con una diferencia importante respecto al resto de los hombres. En las mujeres sin hijos, no existen diferencias referidas a otras cuestiones.

Gráfico 4.11 Información sobre niveles de conocimiento de cobertura de servicios de AP (análisis de segmentaciones)



Por otra parte, en las familias con hijos no existen diferencias derivadas de la edad, el sexo o el nivel cultural o económico. La única variable relevante en el nivel de información disponible es el tamaño del municipio. Es en los lugares con población inferior a los 5.000 habitantes en los que existe un mayor grado de desinformación. En este caso, las personas que con un bajo nivel de conocimiento son el 12,8% y las que tienen un nivel medio son el 38,5%, frente al 6,4 y el 36,12% respectivamente en el resto de municipios.

5. La Atención Especializada

Este capítulo se dedica al análisis de las opiniones sobre los servicios de Atención Especializada prestados por el sistema sanitario público de Andalucía. La información disponible se ha dividido en tres apartados. En primer lugar, se trata el conjunto de opiniones y valoraciones referidas a las Consultas Externas (CE), prestadas en los hospitales o en centros periféricos de especialidades. En segundo lugar, se trata la valoración de la Atención Hospitalaria (AH) a través de los casos que han requerido hospitalización. En tercer lugar, se trata el asunto de la información que la población andaluza tiene sobre la cobertura que el Servicio Andaluz de Salud presta en su conjunto en lo referido a la Atención Especializada.

En cada uno de los tipos de asistencia sanitaria se sigue una estrategia similar a la realizada anteriormente en el capítulo dedicado a la Atención Primaria. Se comienza exponiendo la opinión general de los ciudadanos respecto a diversos aspectos de la CE y AH, intentando identificar las cuestiones mejor y peor valoradas de estos servicios sanitarios. Seguidamente, también para cada uno de los tipos de atención, se indagan los principales factores que contribuyen a crear una opinión positiva o negativa de los distintos aspectos de la Atención Especializada, tanto de manera detallada, observando la influencia de distintas variables en aspectos concretos, como de forma agregada, mediante la construcción de índices que den cuenta del nivel global de satisfacción.

Se ha considerado oportuno incluir las opiniones referidas a las pruebas de laboratorio y a las pruebas hospitalarias en los apartados dedicados a las Consultas Externas y a la Atención Hospitalaria respectivamente, dado que las primeras se realizan frecuentemente en consultas externas de hospitales o centros periféricos de especialistas, y las segundas están localizadas principalmente en los hospitales.

5.1 Las consultas externas de Atención Especializada

Descripción general de opiniones sobre las Consultas Externas

Para analizar las cuestiones más y menos valoradas por los ciudadanos sobre las CE se ha utilizado un procedimiento similar al empleado en la AP. En primer lugar, se han utilizado una serie de afirmaciones referidas a varios aspectos relacionados con las consultas de los médicos especialistas, sobre las que se ha recogido la opinión en una escala tipo Likert, que varía entre los extremos “muy en desacuerdo” y “muy de acuerdo” ante cada afirmación. En segundo lugar, se ha introducido una pregunta abierta en la que se han codificado los principales aspectos a mejorar en las consultas de este tipo de médicos. En resumen, la descripción de los elementos sobre los que se ha pedido la opinión es la siguiente:

Accesibilidad y condiciones físicas:

- Comodidad del horario de atención.
- Facilidad para conseguir cita.
- Tiempo de espera para ser atendido en consulta.
- Cercanía de los lugares para las consultas al domicilio.

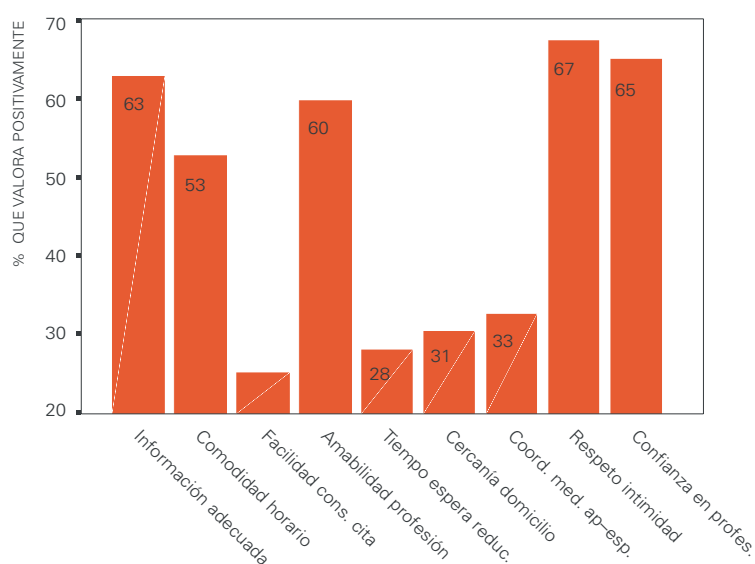
Trato y confianza en el personal sanitario:

- Confianza y seguridad transmitida por los profesionales.
- Amabilidad de los profesionales.
- Información proporcionada sobre los problemas de salud.
- Respeto a la intimidad.
- Intercambio de información entre médicos especialistas y médicos de atención primaria.

El examen descriptivo del gráfico 5.1 indica que en este tipo de servicio existen claros contrastes entre los componentes medidos. Se valoran positivamente, con porcentajes que están de acuerdo o muy de acuerdo con que los aspectos citados son aceptables en más del 60% de los casos, las cuestiones relacionadas con el trato y la preparación de los profesionales. La población andaluza considera que los médicos especialistas en este tipo de consultas informan adecuadamente acerca de los problemas de los enfermos, atienden con amabilidad, respetan la intimidad de los pacientes y transmiten confianza y seguridad. También existe una cantidad relativamente alta de la población que considera que los horarios de atención son adecuados (53%). Al contrario, existe un claro contraste con el resto de las cuestiones: sólo un 25% considera que es fácil conseguir cita, apenas un 28% cree que cuando se acude a la consulta no hay que esperar demasiado, y un 31% considera que el centro de especialidades está cerca o es accesible a su domicilio.

En resumen, existe una clara polarización de opiniones entre las referidas a la calidad del servicio y de los profesionales que trabajan en las Consultas Externas, que generalmente están bien valorados, y las referidas a la accesibilidad al mismo, cuestión que se percibe negativamente por la mayoría de los ciudadanos. Estos datos confirman de forma empírica la asunción de sentido común de que la población andaluza está claramente descontenta con sus posibilidades de acudir rápidamente, sin necesidad de largas esperas y trámites burocráticos, a un médico especialista para problemas de salud que no presenten un carácter grave. Esto es, al margen de que los ciudadanos se vean afectados o no por los retrasos en la atención de ciertas especialidades, en términos de opinión pública hablar de asistencia a un especialista está asociado a la existencia de listas de espera.

Gráfico 5.1 Valoración de aspectos relacionados con AE Consultas externas



Hay otra cuestión sobre las que no existe una buena valoración. Se trata de la coordinación o el intercambio de información sobre los problemas de salud de los pacientes entre los médicos especialistas y los médicos de Atención Primaria. Sólo el 33% de los entrevistados considera que este intercambio de información existe. Parece que la mayoría de los ciudadanos no perciben que el sistema sanitario funcione de forma coordinada entre estos dos niveles.

Acudiendo a los datos de tipo cualitativo, si se observa la tabla que recoge la codificación de las demandas o mejoras expresadas espontáneamente por los entrevistados, la mala valoración originada por la percepción de dificultades en el acceso y la tardanza se confirma nítidamente: un 48% de todos los entrevistados consideran como principal mejora a introducir el recorte de las listas de espera y la reducción del tiempo que se tarda en ser atendido. En contraste con la información recogida para otros niveles asistenciales, la gran mayoría de las respuestas se concentran en este problema, mientras que el resto de demandas expresadas por los ciudadanos presentan escasos porcentajes. En términos numéricos, este dato contrasta con la siguiente cuestión en orden de importancia, consistente en la mejora de la amabilidad de los profesionales, que aparece sólo en el 10% de los casos entrevistados.

Tabla 5.1 Aspectos más importantes a mejorar en las Consultas Externas de Atención Especializada que presta el SAS

		Sexo			Grupos de edad			
		Total	Hombre	Mujer	De 18 a 29 años	De 30 a 44 años	De 45 a 64 años	65 o más años
Mejoras en Atención Especializada	Ninguno	9,1%	8,7%	9,5%	5,2%	6,6%	11,0%	17,2%
	Mejor trato o amabilidad con los pacientes	10,7%	9,7%	11,5%	12,0%	13,9%	9,6%	4,6%
	Mejora de la información	4,4%	4,3%	4,5%	3,8%	5,5%	5,4%	2,1%
	Interés y dedicación de los profesionales	4,3%	3,7%	4,9%	3,2%	6,3%	4,6%	2,6%
	Listas de espera (rapidez, tiempo en ser atendido, etc)	48,0%	48,0%	48,1%	49,2%	53,3%	47,1%	38,7%
	Tiempo en ofrecer resultados de análisis o pruebas	4,3%	3,9%	4,7%	6,2%	4,0%	4,5%	1,3%
	Lejanía de centros de especialidades	8,4%	7,4%	9,2%	8,4%	8,1%	8,8%	7,9%
	Preparación y profesionalidad del personal	4,6%	4,7%	4,5%	6,1%	4,7%	4,2%	2,3%
	Mayor número de médicos	5,5%	5,4%	5,5%	5,5%	4,9%	6,6%	4,4%
	NS	16,9%	18,6%	15,2%	18,2%	11,9%	15,6%	24,9%
	NC	,7%	,5%	,8%	,3%	,3%	1,1%	1,3%
Totales		2.383	1.149	1.234	691	655	647	390

% de casos que responden cada ítem.

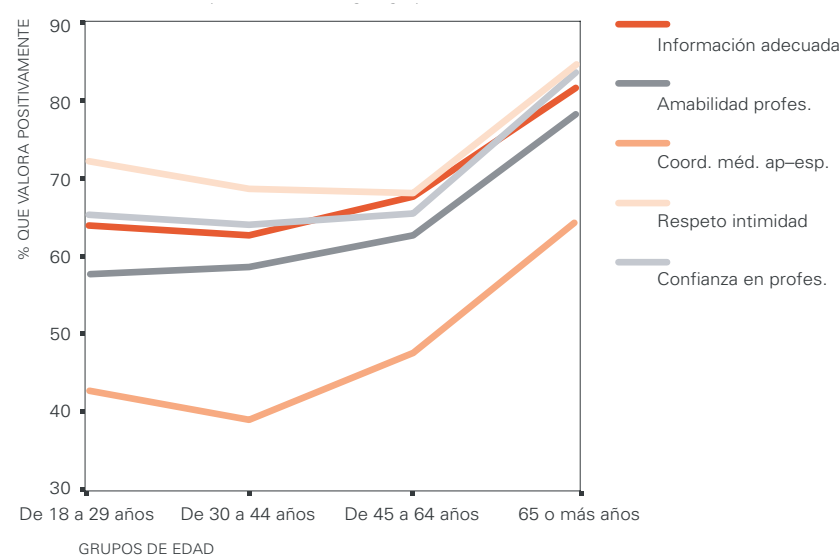
Los determinantes de las opiniones sobre las Consultas Externas

En este caso, se han introducido como variables de control la edad y el nivel de frecuencia o número de veces que la persona ha asistido en el último año a un médico especialista del SAS. Para las consultas externas se quiere contrastar la misma hipótesis que se expuso en el capítulo anterior. Esto es, que la valoración del servicio está relacionada con la frecuencia de asistencia al mismo, y que las personas mayores, además de ser las que más lo utilizan, también son los que lo valoran más positivamente.

Además, también se ha considerado oportuno la introducción de otra variable que ha resultado relevante para la valoración de las Consultas Externas de Atención Especializada, como es el grado de asistencia a un médico especialista de un servicio privado. En este sentido, se considera que la asistencia a este tipo de médicos tiene una relación inversa a la valoración positiva de los servicios prestados por la asistencia pública. Aunque aquí no se pueda demostrar exactamente la relación de causalidad entre ambos hechos, cabe suponer que una peor valoración de los servicios públicos conlleva una mayor utilización de los servicios privados, y que, a su vez, una utilización casi exclusiva de servicios privados supone que sea justificado por las personas en términos de sus ventajas respecto a los servicios públicos, aunque éstos no se conozcan.

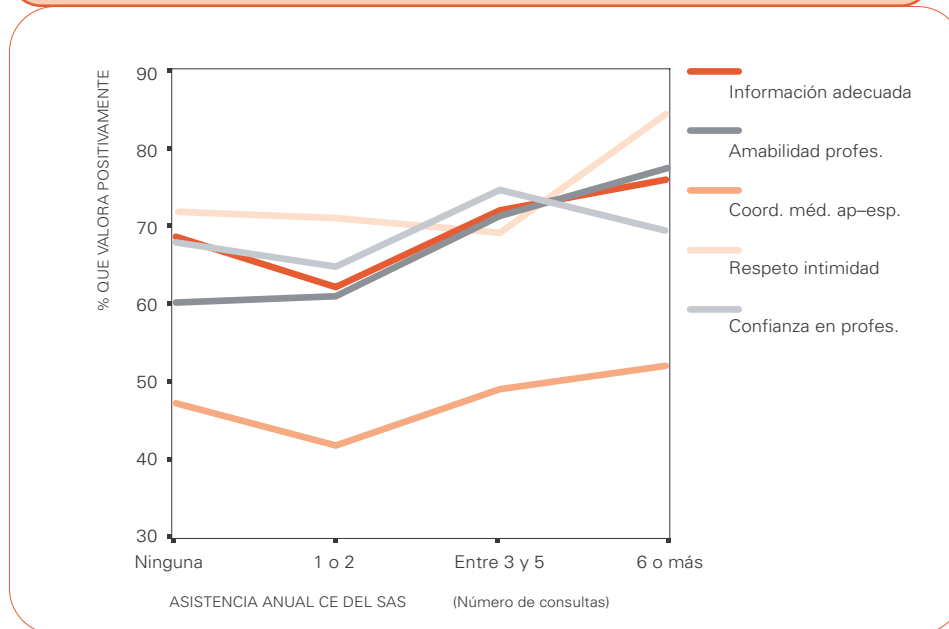
También como en el capítulo anterior, los análisis se presentan de forma separada para las valoraciones relacionadas con el trato profesional y la capacidad de los profesionales, y para aquéllas que tienen que ver con el acceso y las condiciones de las instalaciones. En primer lugar, se puede observar que, para las cuestiones que aquí se han considerado relacionadas con el trato profesional, se percibe claramente cómo se valoran mucho mejor conforme se aumenta en edad. Como se ve en el gráfico 5.2, para la mayoría de las variables, las respuestas positivas pasan de la banda situada entre el 60 y 70% en los más jóvenes, a cantidades en torno o superiores al 80% para los mayores. Del mismo modo, la percepción del intercambio de información entre especialistas y médicos de cabecera también mejora sensiblemente conforme se aumenta la edad.

Gráfico 5.2 Valoración Consulta Externas (trato de profesionales) según grupos de edad



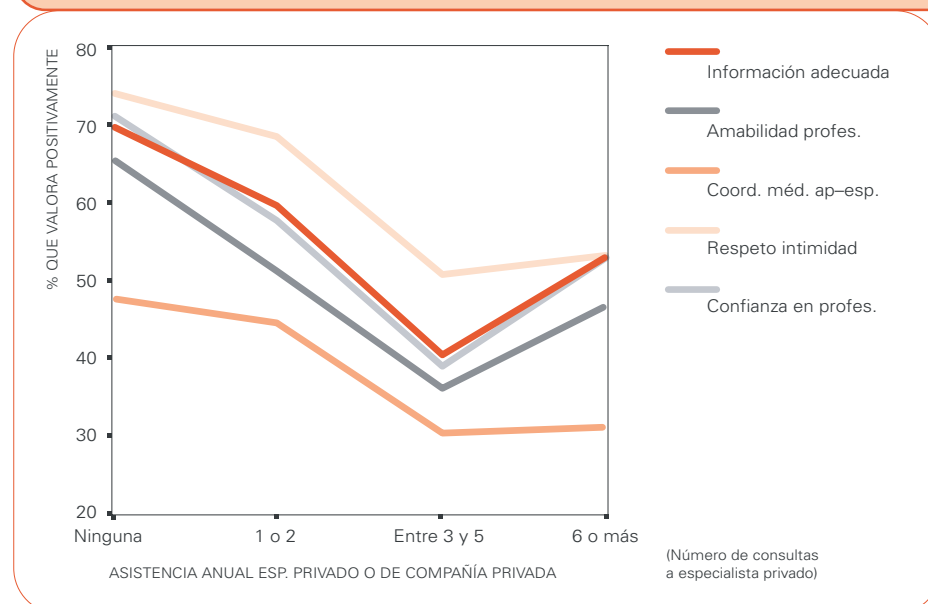
En cuanto a la relación de la frecuentación con la valoración de los profesionales (gráfico 5.3) también aparece la pauta de que a mayor frecuencia de asistencia mayor valoración, aunque la tendencia no se muestra tan claramente como en la Atención Primaria. Es de destacar que el menor nivel de satisfacción se observa aquí en las personas que han tenido un contacto puntual con un especialista, que han acudido 1 o 2 veces, mientras que aumenta en aquellas personas que van más frecuentemente, y también es algo más alto en las personas que no han asistido.

Gráfico 5.3 Valoración CE (trato de profesionales) según asistencia anual a esp. del SAS



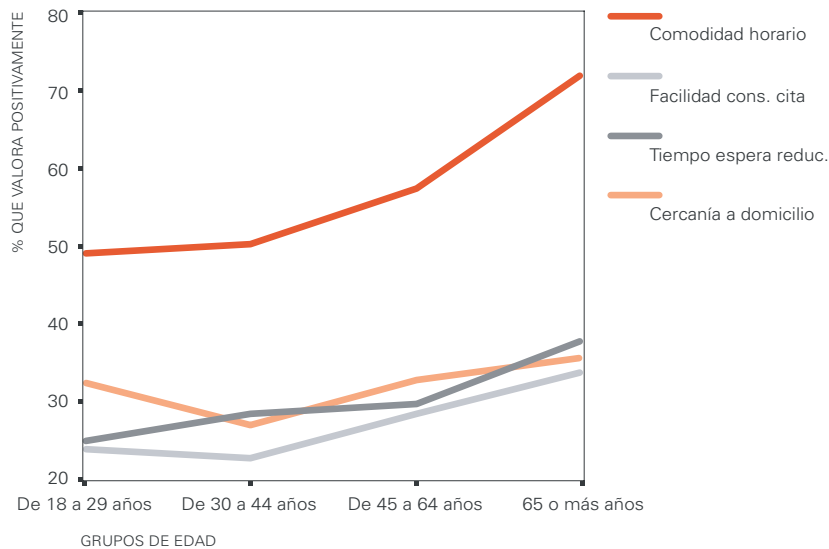
Por último, en el gráfico 5.4 se comprueba claramente que el cambio de tendencia es drástico en las personas que asisten a la sanidad privada para visitar a un especialista. Si en los que no asisten ninguna vez a un especialista privado las valoraciones positivas de casi todos los elementos se sitúan en valores muy altos, en torno al 70%, para las personas que asisten más frecuentemente a consultas de médicos privados estas cifras bajan casi a la mitad. Destaca, pues, la paradoja de que las valoraciones más positivas sobre los servicios privados corresponden a personas que no han acudido ninguna vez al especialista privado.

Gráfico 5.4 Valoración de CE (trato de profesionales), según asistencia anual a esp. privado



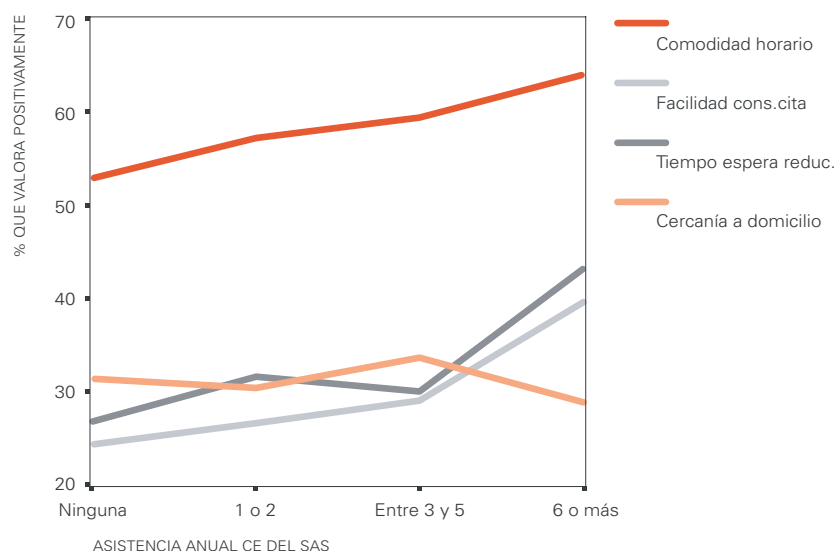
En los aspectos relacionados con el trato profesional existe una marcada asociación entre edad, frecuencia de asistencia a especialista, respectivamente, y valoración de los servicios de consultas externas. En lo referido al trato y preparación de los profesionales, utilizando las mismas variables, esta relación no aparece tan claramente en la valoración de aspectos relacionados con la accesibilidad a los servicios. Si se observan los gráficos 5.5 y 5.6, se percibe que, a medida que aumenta la edad y aumenta la cantidad de visitas a especialistas del SAS, mejora la valoración. Sin embargo, el incremento es mucho menor que en lo referido a los aspectos anteriores. Por ejemplo, en el tiempo de espera cuando se llega a la consulta y la facilidad para conseguir cita, las personas más jóvenes lo valoran positivamente en cantidades en torno al 25%, mientras que las personas mayores que lo valoran en el mismo sentido apenas superan el 30%. Esto quiere decir que la opinión sobre las condiciones de acceso a las Consultas Externas que prestan los especialistas es mucho más uniforme y que está más extendida entre la mayoría de los segmentos de la población.

Gráfico 5.5 Valoración CE (acceso e instalaciones) según grupos de edad



El único colectivo en el que mejoran sensiblemente estas opiniones es en el que asiste más asiduamente a visitar a médicos especialistas del SAS. En concreto, las personas que declaran haber asistido en el último año más de tres veces a un médico especialista valoran más positivamente la facilidad para conseguir cita, y el tiempo de espera necesario para entrar en la consulta. Probablemente esto se debe a que este colectivo representa a pacientes que tienen que visitar periódicamente a un mismo médico, con lo cuál las citas se conciertan de antemano en la misma consulta del especialista y se evitan los trámites y esperas necesarios cuando existe una visita puntual que debe ser derivada por el médico de cabecera. No obstante, hay que insistir en que, incluso en este colectivo, las opiniones referidas a las condiciones de acceso distan mucho de alcanzar los niveles otorgados al trato o a la capacidad de los profesionales.

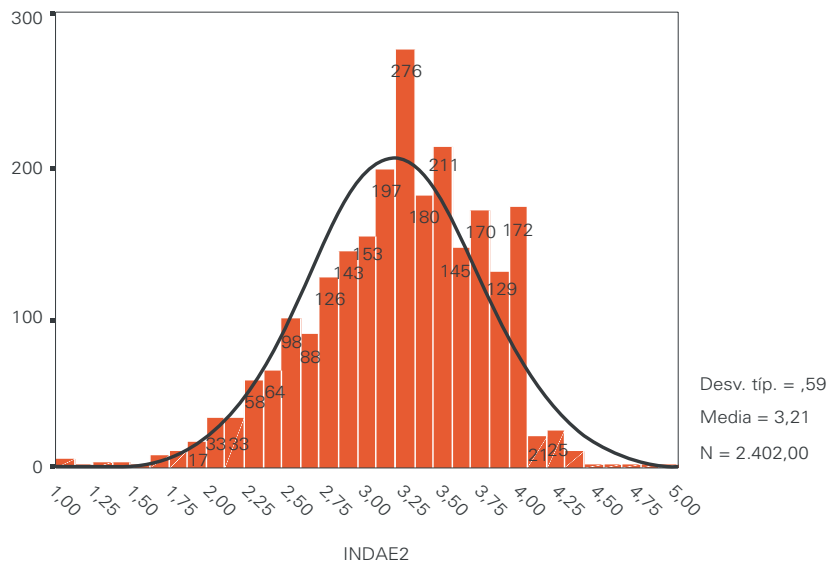
Gráfico 5.6 Valoración CE (acceso e instalaciones) según asistencia anual esp. SAS



Una vez analizadas separadamente las opiniones sobre aspectos puntuales relacionados con los servicios de Consultas Externas en la Atención Especializada, se ha procedido a realizar una medición global de esta valoración mediante un índice agregado, resultado del promedio de las puntuaciones emitidas a las cuestiones vistas anteriores mediante una escala tipo Likert, tras realizar un análisis de fiabilidad en el que se ha excluido la variable "cercanía al domicilio", dada su baja correlación con el resto de las variables, lo cuál hace suponer que la pauta de variación se debe a una cuestión distinta a las demás.

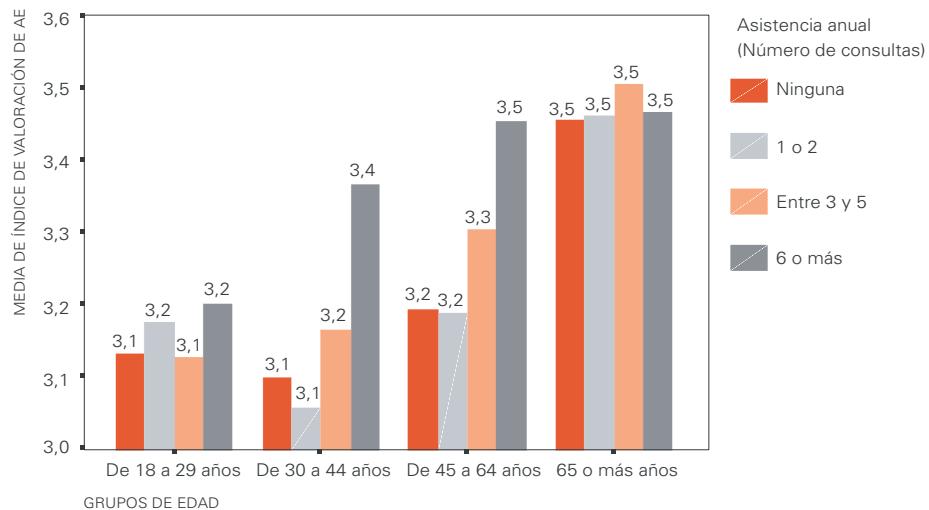
El resultado es un "Índice de valoración global de la AE para las Consultas Externas", el cuál presenta posibilidades de comparación con los otros índices referidos al resto de niveles asistenciales, y a la vez facilita los análisis específicos para delimitar las influencias que ocurren en este nivel. Los valores que presenta este índice se incluyen en el histograma del gráfico 5.7. Con un recorrido entre 1 y 5, el resultado es una media de 3,21 y una desviación típica de 0,59. Teniendo en cuenta que el punto medio de la escala es 3, en conjunto se puede considerar que existe una imagen ligeramente positiva de este servicio, pero que es sensiblemente inferior a la observada para la Atención Primaria en su conjunto.

Gráfico 5.7 Índice de valoración de AE (consultas externas)
Histograma



Por otra parte, en el gráfico 5.8 se presenta la influencia conjunta de la edad y la frecuentación en la valoración global de los servicios de Consultas Externas de especialidades. En este caso se percibe que se siguen manteniendo las diferencias entre las personas más jóvenes y las personas mayores. Es decir, el hecho de la edad es un asunto que influye de forma independiente en la opinión de estos servicios sanitarios, así como en el conjunto del sistema de salud, tal como aparece de forma recurrente a lo largo de este trabajo. Las personas mayores son los clientes más satisfechos, con escasas diferencias derivadas de la utilización o no del servicio.

Gráfico 5.8 Valoración global de AE (consultas externas) según grupo de edad y utilización anual esp. SAS



Pero en este asunto concreto las influencias derivadas de la utilización aparecen sobre todo en los colectivos de edades intermedias, entre 30 y 44 años, y entre 45 y 64 años. Mientras que las valoraciones son relativamente homogéneas en los grupos extremos de edad, presentándose escasas diferencias en función de la utilización, en estos grupos concretos sí que aparecen diferencias derivadas de la asistencia a los especialistas. Parece ser pues que sólo son estas personas las que mejoran su opinión sobre los médicos especialistas cuando van asiduamente a una visita. Al contrario, cuando la frecuentación se reduce a consultas puntuales, es cuando el nivel de satisfacción aparece en sus valores más bajos.

Utilización y valoración de las Pruebas de Laboratorio

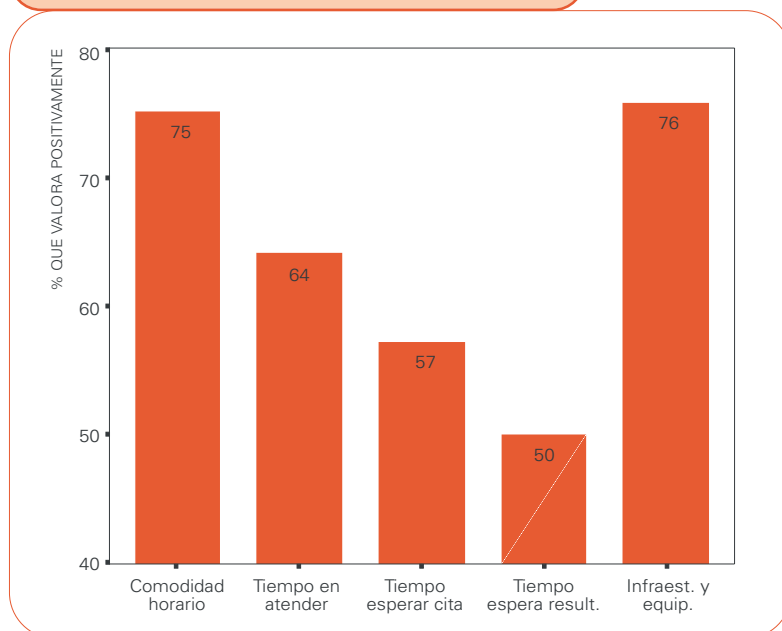
Como se ha indicado al principio del capítulo, se ha considerado conveniente incluir la información disponible sobre pruebas de laboratorio en este apartado, dado que gran parte de las mismas se localizan en lugares similares a las de las consultas externas. En este caso, sólo se ha optado por pedir la opinión a las personas que han tenido cierto contacto con este servicio sanitario, en concreto, a las personas que declaraban que en su hogar alguien había sido sometido a una de las pruebas que se citaban, debido a que el nivel de información del resto de las personas se consideraba poco relevante.

En conjunto, un 58,5% de las familias declaran que alguno de sus miembros ha utilizado en el pasado año alguna prueba de laboratorio. A las personas que indican que en su hogar alguno de los miembros ha utilizado dichas pruebas se ha pedido opinión sobre los siguientes aspectos:

- El horario de atención.
- El tiempo de espera que se tarda en atender a los pacientes.
- El tiempo de espera hasta obtener cita.
- El tiempo que tardan en ofrecer resultados.
- La disposición de equipamientos e infraestructura.

Globalmente, las cuestiones mejor valoradas son los equipamientos de tipo material, y el horario de atención al público. En ambos aspectos más del 75% de los entrevistados responden que están de acuerdo o muy de acuerdo en que son positivas. Por otra parte, los aspectos menos valorados son el tiempo de espera hasta obtener resultados, y el tiempo que se tarda hasta la obtención de la cita. Las opiniones positivas en estas cuestiones son respectivamente el 50% y 58% de los entrevistados.

Gráfico 5.9 Valoración de pruebas de laboratorio



5.2 La Atención Hospitalaria

Descripción general de opiniones sobre la Atención Hospitalaria

En términos organizativos, la atención especializada que presta el SAS corresponde a un único nivel y, generalmente, a áreas hospitalarias, que incluyen de forma coordinada los servicios de hospitalización, las consultas externas en hospitales y los centros periféricos de especialidades. No obstante, aquí se ha preferido seguir la separación en términos de la imagen externa que los ciudadanos tienen de los servicios sanitarios. Esta suele ser diferente en función del tipo de asistencia concreta que recibe la persona, independientemente del lugar en que se preste, y una de las principales diferencias sin duda se presenta cuando una persona pasa a depender en su vida cotidiana del sistema sanitario.

El enfoque que se ha dado a las preguntas del barómetro referidas a la Atención Hospitalaria se ha concretado, por tanto, en los casos que requieren un ingreso en uno de los centros hospitalarios andaluces de carácter público. Este tipo de opiniones se pueden considerar como diferentes a las referidas a la atención sanitaria prestada por especialistas del SAS que se ha tratado antes, y tampoco incluye la atención en los servicios de Urgencias, debido a que las valoraciones sobre este tipo de asistencia se han recogido mediante otras preguntas específicas, que se tratan en el siguiente capítulo.

Los distintos aspectos que se han medido acerca del servicio prestado en los hospitales son los siguientes:

Trato y capacidad de los profesionales:

- Información sobre el problema y el proceso de intervención.
- Resolución de intervenciones quirúrgicas con eficacia.
- Información sobre beneficios y riesgos para la salud del paciente.
- Amabilidad de los profesionales.
- Respeto a la intimidad de los pacientes.
- Confianza y seguridad transmitida por los profesionales.

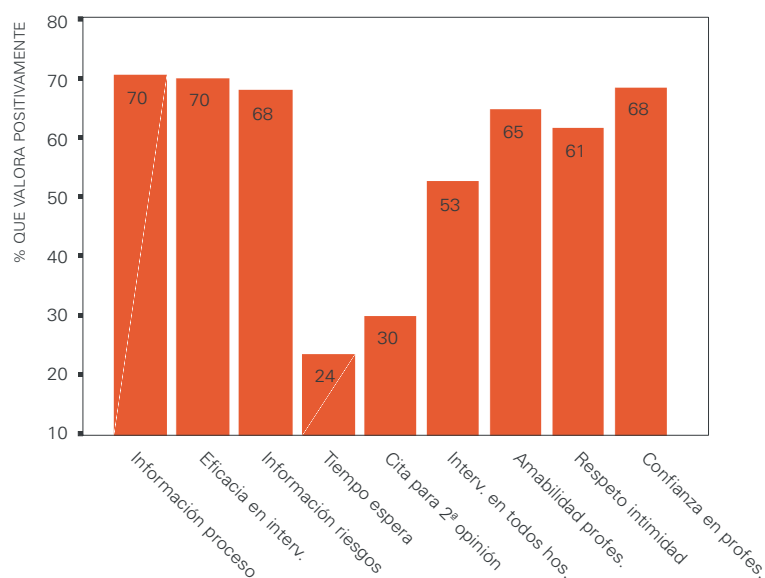
Acceso y utilización:

- Tiempo de espera para intervención hospitalaria.
- Posibilidad de petición de cita para segunda opinión.
- Posibilidad de realizar intervención en cualquier hospital del SAS.

Los aspectos mejor valorados de la Atención Hospitalaria se refieren a las dotaciones técnicas y materiales, a la cualificación profesional de los trabajadores y la repercusión que sus actuaciones tienen en el estado personal de los pacientes. Existe un porcentaje entre en 68% y 70% de los encuestados que están de acuerdo o muy de acuerdo en que los profesionales transmiten seguridad y en que resuelven las intervenciones con eficacia. Del mismo modo, existe una cantidad similar de ciudadanos que está de acuerdo con que la información relativa a los problemas y los riesgos que plantean las intervenciones son las adecuadas.

También aparecen valores altos en lo referido al trato profesional. Más del 60% considera que los profesionales tratan correctamente a los usuarios y que se respeta su intimidad. Sin embargo, igual que ocurría en la Atención Especializada en las Consultas Externas, el contraste aparece en las cuestiones relacionadas con el acceso. Sólo un 24% de los encuestados opinan que no hay que esperar mucho para que realicen una intervención en un hospital del SAS. Por otra parte, también existe una escasa cantidad de personas, un 30%, que opinan que es posible pedir cita con un especialista para solicitar una segunda opinión.

Gráfico 5.10 Valoración de aspectos relacionados con la Atención Hospitalaria



La opinión mayoritaria compartida por la población andaluza se puede resumir pues en lo siguiente: el sistema hospitalario público se caracteriza por tener un alto nivel de eficacia y una alta cualificación profesional. Como se ha indicado en otros apartados anteriores, también se considera altamente equitativo respecto a la prestación de servicios. Sin embargo, los ciudadanos consideran que existe un sistema excesivamente lento en atender las necesidades de los ciudadanos, y que el ciudadano tiene limitaciones en la elección de los servicios y profesionales.

Acudiendo a la información de carácter cualitativo, además de las cuestiones que se repiten de nuevo como las más demandadas (un 28% de los encuestados cita que uno de los aspectos más importantes a mejorar en los hospitales son las listas de espera, y un 14% el número de camas), se puede decir que otra de las deficiencias más sentidas tiene que ver con el trato excesivamente impersonal que ocurre en los hospitales públicos. Aunque esto no se ha refrendado en la pregunta anterior, es importante resaltar que un 17% de los entrevistados expresa como mejora importante el aumento de la amabilidad del personal.

Tabla 5.2 Aspectos más importantes a mejorar en los hospitales del SAS

		Total	Sexo		Grupos de edad			
			Hombre	Mujer	De 18 a 29 años	De 30 a 44 años	De 45 a 64 años	65 o más años
Mejoras en Atención Hospitalaria	Ninguno	9,6%	8,9%	10,2%	5,6%	5,6%	10,4%	21,9%
	Limpieza, higiene, ventilación, etc.	5,0%	4,3%	5,6%	6,1%	5,2%	5,3%	2,1%
	Mejora de las instalaciones en general	5,3%	6,7%	4,1%	7,2%	7,2%	4,0%	1,3%
	Nº de camas	14,0%	13,2%	14,7%	14,6%	15,8%	13,6%	10,5%
	Habitaciones individuales	5,5%	3,9%	6,9%	6,9%	4,3%	6,1%	3,9%
	Trato a los pacientes, amabilidad	17,1%	14,8%	19,2%	19,2%	20,4%	15,9%	9,8%
	Intimidad, privacidad	6,3%	6,0%	6,7%	6,9%	7,8%	5,2%	4,9%
	Información	4,1%	3,7%	4,3%	4,0%	5,2%	4,3%	1,8%
	Listas de espera	27,9%	27,9%	27,9%	32,2%	29,8%	26,0%	20,3%
	NS	16,8%	16,9%	16,7%	15,0%	13,7%	16,5%	25,7%
Totales		2.394	1.152	1.242	693	657	655	389

% de casos que responden cada ítem.

Los determinantes de las opiniones sobre la Atención Hospitalaria

Si bien los datos anteriores reflejan la opinión de los andaluces en general, a continuación se sigue con la estrategia de distinguir entre usuarios y ciudadanos que no han utilizado los servicios sanitarios públicos, con la intención de comprobar si la percepción de la asistencia hospitalaria varía en función de la utilización del servicio. Para ello, en los gráficos 5.12 y 5.13 se han separado las opiniones manifestadas por aquellas personas que han estado personalmente hospitalizadas en un centro del SAS en un tiempo reciente (2 años anteriores a la realización de la encuesta) y los que no. Aunque no se dispone de datos referidos a la gravedad de la causa de la hospitalización, la diferenciación que se introduce puede ofrecer algunas pistas de los aspectos que mejoran con el contacto directo, y aquellos que se mantienen inalterados. De esta forma, se pueden determinar las respuestas que dependen de una experiencia directa, y aquellas que corresponden sobre todo a una imagen externa (dado que las influencias de la edad se presentan de forma recurrente, sin ninguna diferencia importante respecto a los distintos elementos medidos, se ha preferido exponerla en el examen de las valoraciones globales).

En primer lugar, se puede decir que las cuestiones que mejoran claramente entre las personas que han tenido contacto directo con un hospital del SAS respecto a los que no lo han tenido son el trato recibido por los profesionales, el respeto a la intimidad, y el grado de confianza y seguridad que se deposita en los médicos y ATS. Mejoran también, aunque en menor medida, las cuestiones relacionadas con el proceso de información respecto a riesgos y beneficios derivados de las intervenciones, y la eficacia de las mismas.

Los aspectos que no cambian sensiblemente en función del contacto del entrevistado con algún hospital son el tiempo de espera necesario para realizar la intervención, la petición de una segunda opinión a otro especialista, y la capacidad de los hospitales para realizar cualquier intervención. A pesar de que normalmente el grado de rapidez entre las

hospitalizaciones por problemas de salud urgentes y no urgentes es muy distinto, estos datos indican que para la mayoría de los hospitalizados el tiempo de espera sigue siendo excesivo. En definitiva, los datos de la muestra reflejan el tipo de contacto hospitalario más frecuente de la población (exceptuando los servicios de urgencias), que son hospitalizaciones cortas por problemas de salud que no requieren un ingreso o una intervención rápida. En este caso, la opinión manifestada por los entrevistados refleja la percepción de un tiempo de espera dilatado en este tipo de intervenciones.

Del mismo modo, para las personas con experiencia en estancias hospitalarias, al igual que para el conjunto de la población, parece ser que no está muy extendido el conocimiento de que es posible pedir una segunda opinión cuando existen dudas sobre el tratamiento o intervención recibida, o que al menos no se considera efectivo.

Gráfico 5.11 Valoración de AH (trato y capacidad de profes.)

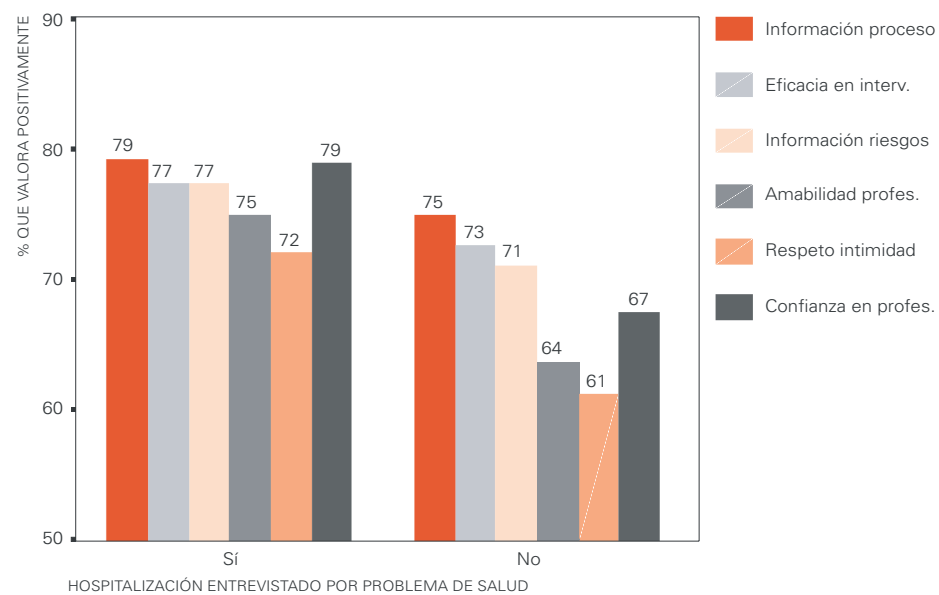
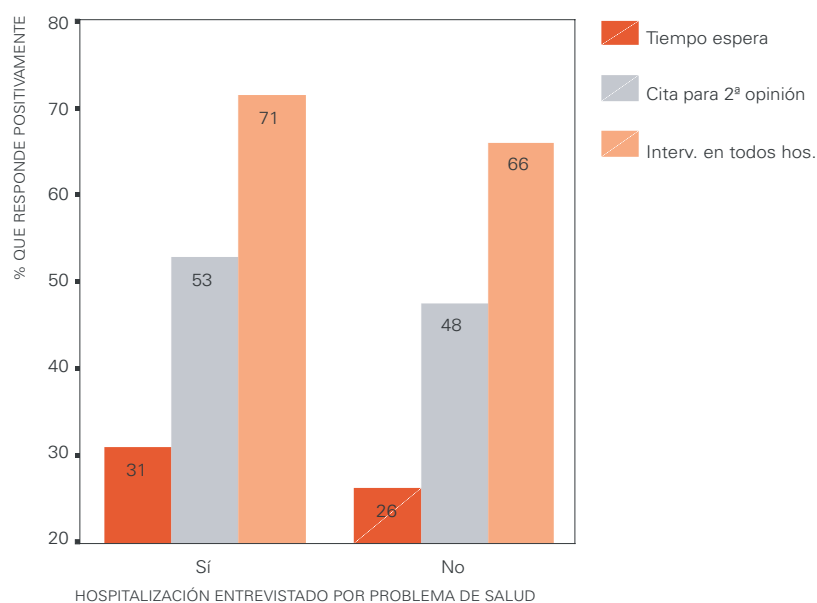
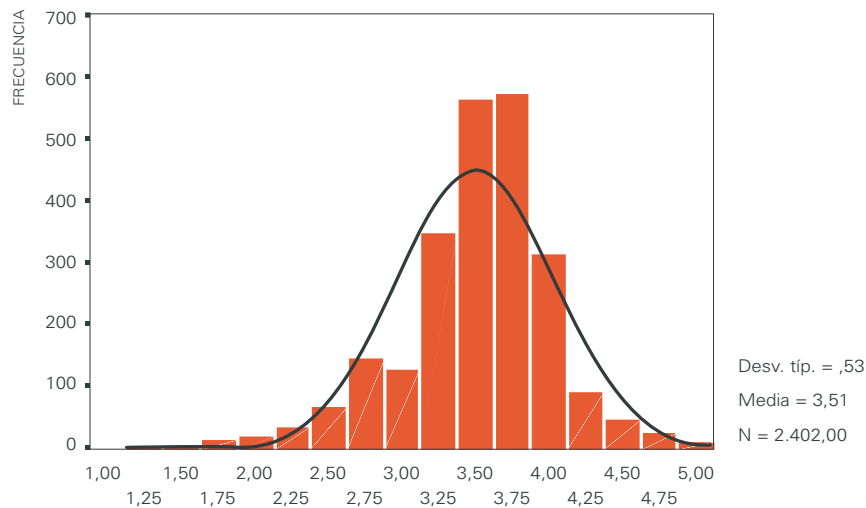


Gráfico 5.12 Valoración de AH (acceso y utilización)



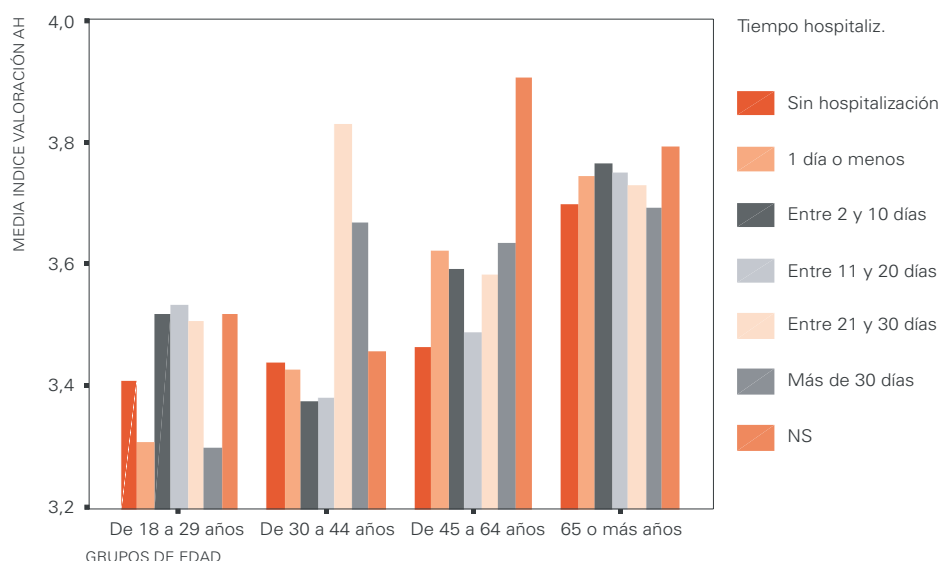
En el análisis conjunto de las opiniones sobre la Atención Hospitalaria, para lo que se ha realizado un índice global similar a los anteriores, cabe decir que este tipo de asistencia en conjunto es la más valorada por parte de los ciudadanos andaluces, aunque las diferencias respecto a los otros tipos de asistencia no son muy marcadas. En resumen, para una escala entre 1 y 5 el índice de valoración arroja una media de 3,51, y una desviación típica de 0,53. Esto es, respecto a los otros dos índices observados, referidos a la Atención Primaria y a la Atención Especializada en Consultas Externas, el “Índice de valoración de Atención Hospitalaria”, además de ser el más alto, también es el más homogéneo, con lo cual se puede suponer que las opiniones sobre los servicios prestados por los hospitales son las que presentan menores diferencias para el conjunto de los ciudadanos.

Gráfico 5.13 Índice de valoración global de Atención Hospitalaria
Histograma



En conjunto, las diferencias provienen, como en los casos anteriores, de la edad, y del contacto con el servicio hospitalario, tal como se puede observar en conjunto y por separado en los gráficos 5.14, 5.15 y 5.16. Independientemente de su estado de salud o del conocimiento de los servicios, para las personas mayores, y especialmente para los jubilados, la opinión sobre los servicios hospitalarios es mejor que en los jóvenes. Por otro lado, para las personas que han estado hospitalizadas, la valoración conjunta es mayor que para los que no lo han estado. Pero respecto a esta segunda cuestión cabe hacer una matización importante. Las principales diferencias en la valoración global de los servicios hospitalarios no provienen solamente del hecho de haber estado o no ingresado en un hospital. Proviene además del tiempo de hospitalización, y quizá de ello se pueda deducir que también dependen de la gravedad del motivo de la hospitalización.

Gráfico 5.14 Valoración global de AH, según grupo de edad y tiempo hospit.



Por ejemplo, nos encontramos con que existen mayores diferencias entre las personas que han estado hospitalizadas un periodo corto y un periodo largo, que entre aquellas que han estado hospitalizadas un periodo corto y las que no han estado hospitalizadas nunca. En concreto, los mayores niveles de satisfacción se encuentran en aquellas personas que han permanecido un tiempo dilatado en un hospital, aproximadamente igual o superior a los 20 días, y que además se encuentran en franjas de edad intermedias, entre 30 y 44 años.

Gráfico 5.15 Valoración global de AH, según grupos de edad

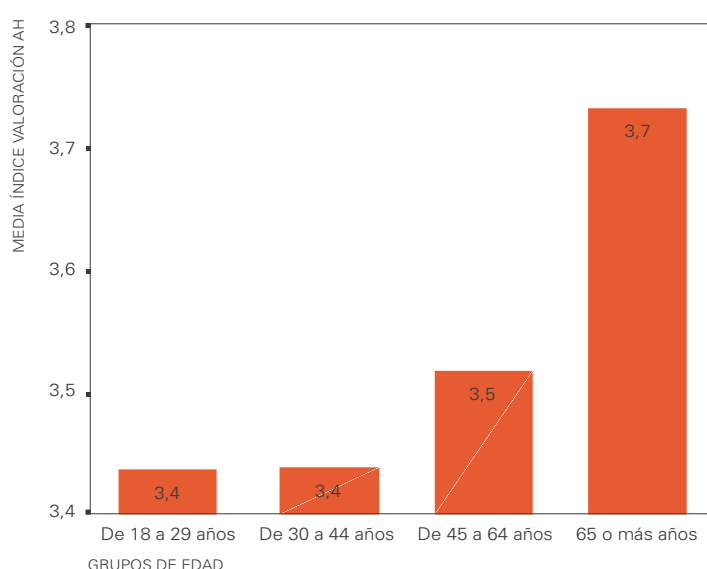
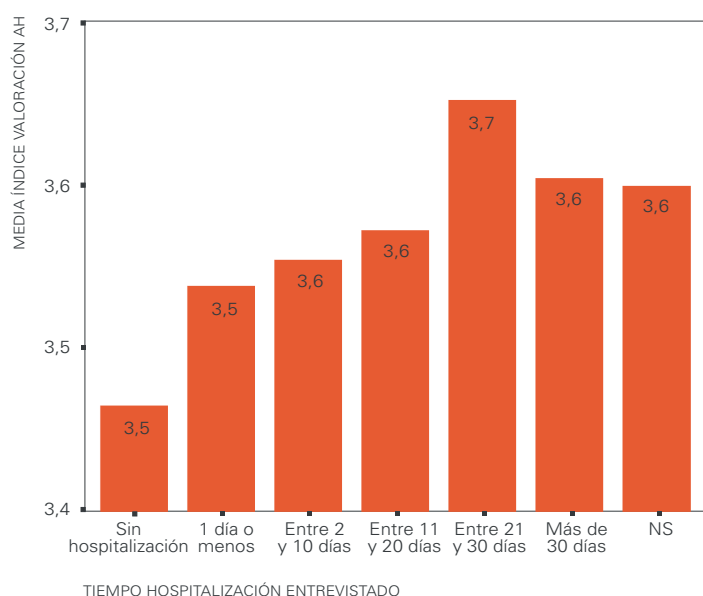


Gráfico 5.16 Valoración global de AH, según tiempo de hospitalización



Utilización y valoración de las pruebas hospitalarias

Para realizar un examen de la opinión pública sobre las pruebas hospitalarias que sirva de complemento a la visión existente sobre el funcionamiento de los hospitales, se ha preguntado a los entrevistados si personalmente, o alguno de los residentes en el hogar, se había sometido a algunas de las pruebas que habitualmente se concentran en los centros hospitalarios (TAC, Resonancias magnéticas, ecografías, etc). Como resultado, un 31 % de los hogares declaran haber tenido un contacto, en alguno de sus miembros, con un hospital del SAS para la realización de alguna de estas pruebas.

A estas personas se les pidió la opinión sobre los mismos aspectos indicados para las pruebas de laboratorio. Comparativamente, los resultados presentan la misma pauta que los observados para dichas pruebas, aunque se puede decir que la opinión sobre este servicio hospitalario es ligeramente más negativa. Mayoritariamente se valoran positivamente las infraestructuras y los horarios, con porcentajes de respuestas positivas superiores al 70%. Igual que en el caso anterior, se valoran negativamente el tiempo de espera hasta conseguir la cita para la realización de la prueba, y el tiempo posterior hasta que se reciben los resultados, con porcentajes de respuestas positivas que se encuentran respectivamente en el 38% y 47% de los encuestados que han tenido un contacto con los mismos.

5.3 El conocimiento de la cobertura de los servicios de Atención Especializada

Las opiniones sobre la cobertura de los servicios prestados por el conjunto de hospitales y centros de especialidades del sistema sanitario público de Andalucía constituyen una valoración del esfuerzo realizado por la administración sanitaria y el alcance de sus actuaciones. Este apartado se dedica a indagar hasta qué punto los ciudadanos tienen un conocimiento de la extensión de las prestaciones de los servicios de Atención Especializada, así como de la utilización que pueden hacer de los mismos.

Hay que aclarar que la interpretación de esta información hay que contextualizarla en el conjunto de los servicios públicos de atención especializada. Es decir, el sentido que se dio a la pregunta no especificaba un hospital o ambulatorio concreto, sino el conjunto del sistema público de salud. Por tanto, estos datos se refieren al grado de información de la población andaluza respecto al alcance de las prestaciones en general.

Para ello se han expuesto nueve elementos, que incluyen aspectos tanto de tipo material como organizativo, y cuyos resultados se exponen en la tabla 5.3. Primeramente se tratan de forma descriptiva cada uno de los aspectos tratados, identificando aquellos servicios que se reconocen como parte de la cobertura prestada por la AE. Seguidamente, se realiza un análisis conjunto de la información y un perfil de los tipos de entrevistados según el nivel su nivel de conocimiento.

En primer lugar, la gran mayoría de los entrevistados considera que, como organismo, el Servicio Andaluz de Salud está en disposición de la tecnología y materiales necesarios para resolver cualquier tipo de necesidad de salud de los ciudadanos. Esta conclusión es la que se puede desprender de los siguientes datos: más del 70% cree que se atienden todas las especialidades, que se realizan todo tipo de operaciones y pruebas de laboratorio, y que se dispone de la tecnología y aparatos más actuales. Del mismo modo, un 84%

opina que es posible realizar un traslado de enfermos entre centros si se considera necesario para atender un problema de salud. El porcentaje de casos que indica expresamente que estos servicios no se incluyen en la oferta del SAS está en torno al 10% en la mayoría de los elementos mencionados, y una cantidad similar manifiesta no tener conocimiento del asunto. Quiere esto decir que las opiniones negativas corresponden sólo a una minoría de la población.

Tabla 5.3 Conocimiento de la cobertura de la Atención Especializada

		Sí	No	NS	NC	Total
Atienden todas las especialidades	%	73,5%	13,4%	13,0%	,0%	100,0%
Disponen de la tecnología y aparatos más actuales	%	79,0%	10,6%	10,3%	,0%	100,0%
Realizan todo tipo de operaciones, por graves y complicadas que sean	%	73,6%	13,9%	12,5%	,0%	100,0%
Realizan todo tipo de pruebas de laboratorio	%	78,0%	8,3%	13,6%	,0%	100,0%
Pueden trasladar al paciente a otro hospital del SAS si es necesario	%	84,2%	2,8%	13,0%	,0%	100,0%
Los usuarios pueden elegir el hospital en el que quieren que se les trate	%	45,0%	26,5%	28,5%	,0%	100,0%
Existe la cirugía en el mismo día, sin tener que quedarse ingresado	%	64,1%	12,8%	23,1%	,0%	100,0%
Es posible pedir cita con otro médico especialista para pedir una segunda opinión	%	40,9%	22,9%	36,1%	,0%	100,0%
La intervención puede ser realizada en cualquier hospital del SAS	%	63,4%	14,1%	22,4%	,0%	100,0%

Por otra parte, existen cuatro elementos que arrojan un resultado completamente distinto, que no tienen que ver tanto con la capacidad asistencial sino con cuestiones relacionadas con las actuaciones de los usuarios, o con prestaciones puntuales existentes en los centros. En concreto, existe un 45% de los encuestados que creen que los usuarios pueden elegir el hospital en el que quieren que se les trate, y un 40% que cree que es posible pedir cita con otro médico especialista para contrastar opiniones. En estos asuntos existe un alto grado de desinformación: respectivamente un 28% y un 36% de los encuestados no saben que existen ambas posibilidades. Los otros dos aspectos presentan una situación intermedia, un 64% cree que existe cirugía en el mismo día y que las operaciones pueden realizarse en cualquier hospital.

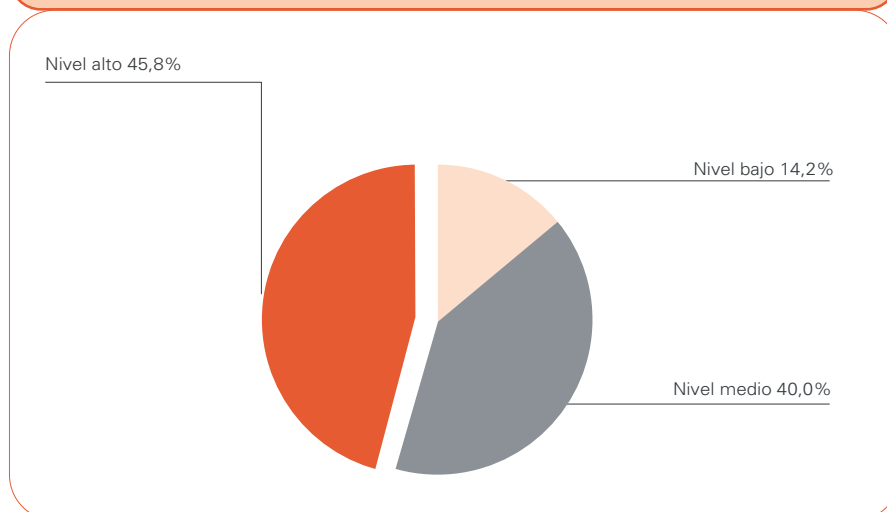
En síntesis, parece ser que los problemas de desinformación respecto a los servicios prestados por la Atención Especializada en el conjunto del SAS se concentran en cuestiones puntuales, que no tienen que ver con la capacidad de intervención del organismo en su conjunto para atender necesidades, sino con la capacidad de uso y de adaptación del organismo a las necesidades del ciudadano.

Una vez que se han expuesto de manera descriptiva los principales resultados, las posibles diferencias en los grados de información respecto a la AE se realizarán de forma agregada, realizando un recuento de las cuestiones identificadas, de una forma similar a lo realizado en la AP. De los nueve elementos nombrados referidos a la cobertura y prestaciones de la AE en su conjunto, los ciudadanos identifican una media de 6. Sólo el 25%

identifica 5 elementos o menos, con lo cual se puede considerar que globalmente, la percepción de los ciudadanos de las prestaciones existentes en hospitales y centros de especialidades es bastante alta.

Para identificar los colectivos de población para los que, en conjunto existe un mayor o menor nivel de información, se ha realizando una agrupación de la variable anterior en tres grupos, que corresponden a los especificados más abajo, y cuyo resultado se presenta en el gráfico 5.17: un 14% de la población se puede considerar con un nivel de información bajo, (entre 0 y 3 prestaciones identificadas); un 40% con un nivel medio (entre 4 y 6 prestaciones identificadas); y un 45% con un nivel alto (entre 8 y 10 prestaciones identificadas).

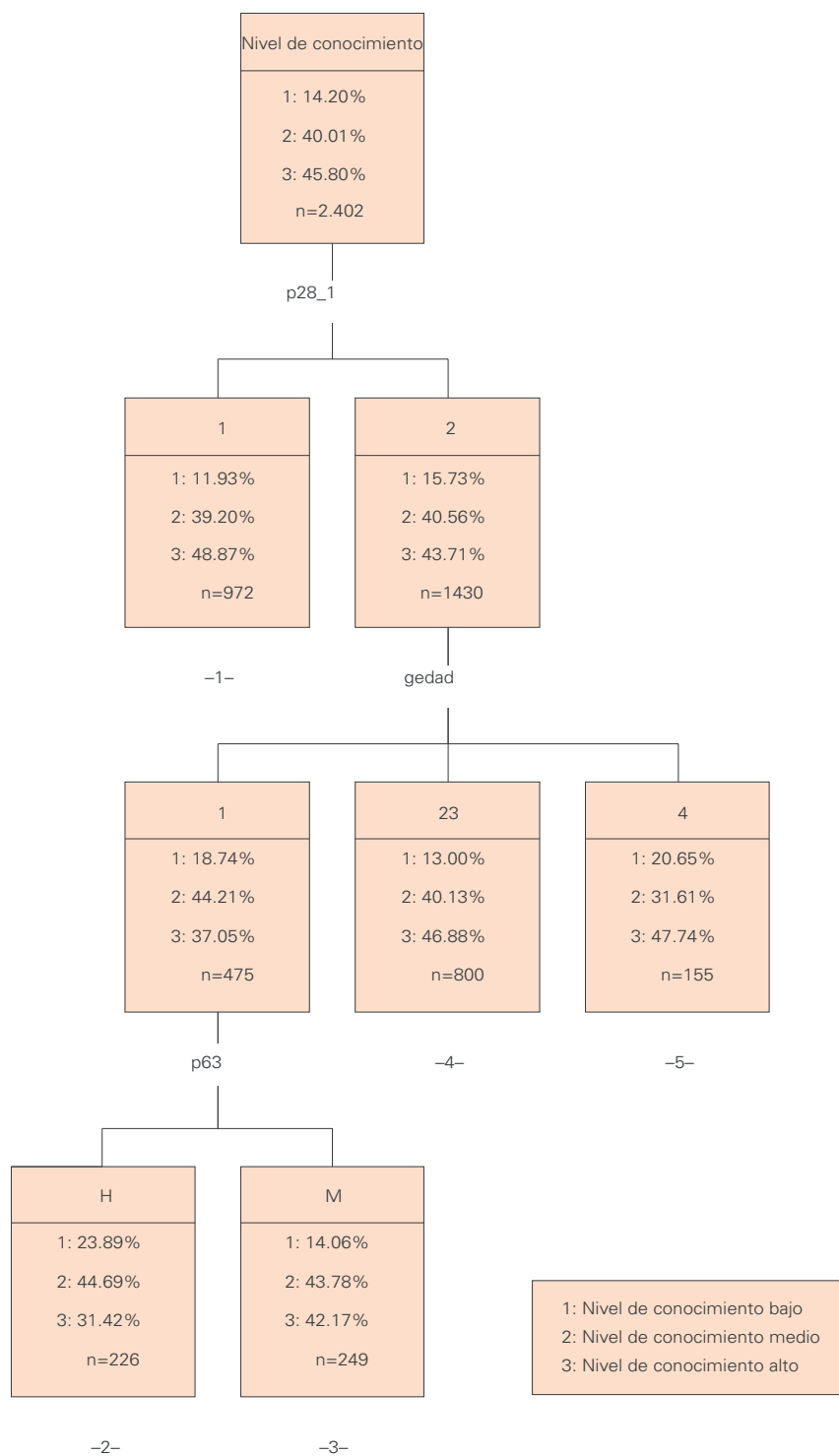
Gráfico 5.17 Agrupación de niveles de conocimiento de cobertura de servicios de AE



Con el objeto de establecer grupos homogéneos respecto a esta variable, se ha realizado un análisis de segmentaciones en el que se han incluido como predictores el sexo, la edad, el nivel de estudios, el tamaño de hábitat y la utilización de servicios hospitalarios y servicios de especialistas de consultas externas.

El resultado no ofrece un perfil nítido de grupos homogéneos, tal como el que aparecía en el caso de la Atención Primaria. Sin embargo, a partir de la ausencia o presencia de determinadas variables se puede considerar relevante para establecer las siguientes conclusiones. No existen diferencias derivadas del lugar donde se vive, el nivel de estudios, o el grado de utilización de los servicios de Atención Especializada en Consultas Externas. La primera variable de segmentación es la existencia reciente de hospitalización. Las personas que han tenido un contacto directo con un hospital conocen mejor la cobertura prestada por la asistencia especializada. Además, una vez que se ha tenido este contacto, no existen diferencias importantes derivadas de otras características de la persona. Entre las personas que no han sido hospitalizadas, la variable que más determina la información es la edad, situándose el colectivo peor informado entre las personas mayores de 65 años. El colectivo mejor informado es el de personas de edades intermedias y, dentro del grupo de jóvenes, especialmente las mujeres.

Gráfico 5.18 Información sobre niveles de conocimiento de cobertura de servicios de AE (análisis de segmentaciones)



5.4 Los servicios de urgencias

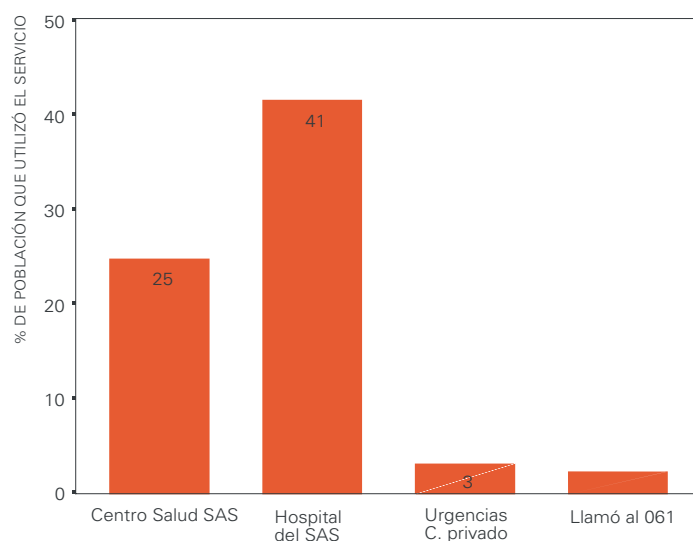
La utilización de las urgencias

Los resultados de la encuesta a población general muestran que globalmente, más de un 50% de la población ha tenido algún contacto con cualquiera de los servicios de urgencias. De acuerdo con el gráfico 6.1., un 41% de los entrevistados declaran haber tenido un contacto con un servicio de urgencias en un hospital del SAS. Existe pues un claro contraste con la cantidad de personas que declaran haber tenido contacto con un servicio de urgencias de un centro de salud, un 25% de los entrevistados (hay que tener en cuenta que estas cifras se refieren a contactos de algún miembro del hogar).

La comparación entre la frecuentación de urgencias en centros público y privados revela que la inmensa mayoría de los entrevistados, cuando lo necesita, acude más a la sanidad pública que a la privada. Mientras las urgencias en hospitales del SAS fueron utilizadas por el 41,5% de los entrevistados en el último año (y un 25% en un centro de salud público), las urgencias de clínicas u hospitales privados sólo fueron frecuentados por el 3,2% de la población. Seguramente, este comportamiento que otorga una mayor predisposición a utilizar el servicio de urgencias en hospitales públicos se deba a la confianza hacia este servicio, sobre todo, si se tiene en cuenta que los aspectos más satisfactorios para la población son los profesionales, la actuación eficaz de éstos y la seguridad en los servicios que se prestan.

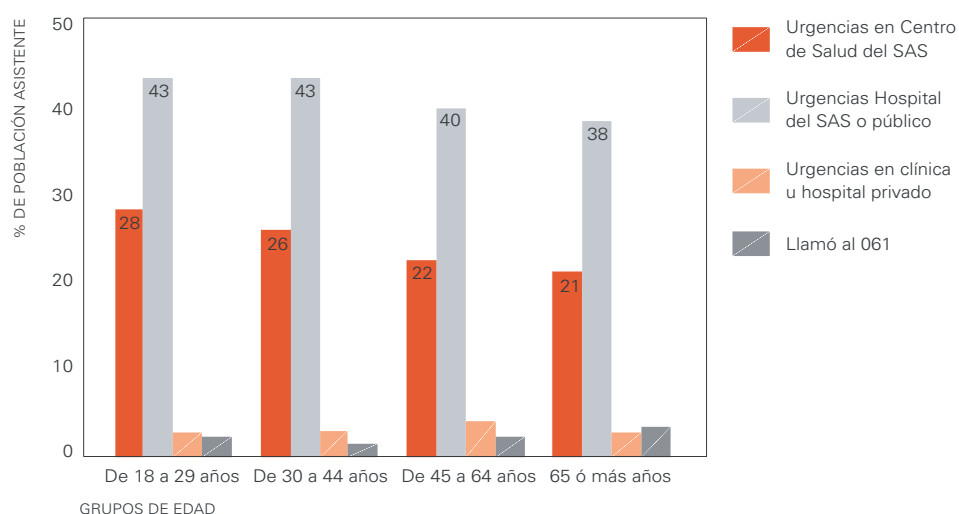
La primera conclusión que se desprende de estos datos es que el servicio de urgencias sanitarias en Andalucía se considera un asunto fundamentalmente hospitalario, dado que existe un claro contraste entre la utilización de los servicios de AP y AE. Basta mencionar que el total del 41% de los contactos mencionados para las urgencias se distribuyen entre los 33 centros hospitalarios de carácter público de la Junta de Andalucía existentes en nuestra Comunidad Autónoma, localizados principalmente en capitales de provincia y ciudades de tamaño medio, mientras que el 25% de los contactos con las urgencias en AP se distribuyen entre los cientos de centros de salud de la red de Atención Primaria distribuidos por la totalidad del territorio. En este sentido, el desfase entre los contactos que mantiene la población con ambos tipos de servicios de urgencias es evidente, no existiendo diferencias importantes entre los tamaños del municipio de residencia.

Gráfico 5.19 Utilización del Servicio de Urgencias



Por otra parte, el perfil de los usuarios de las urgencias es sensiblemente distinto al de otro tipo de servicios sanitarios. Al margen de que las personas mayores son las que asisten un mayor número de veces, el contacto con las urgencias es un asunto intergeneracional: abarca por igual a todos los grupos de edad. Por ejemplo, en el gráfico 6.2 se expone la utilización de los servicios de urgencias para los distintos grupos de edad. Tanto en lo referido a las urgencias en centros de salud como en hospitales públicos, no existen diferencias importantes entre los jóvenes y los mayores. Es más, la tendencia que se observa es que el colectivo de jóvenes ha utilizado alguna vez los servicios públicos de urgencias en mayor medida que los mayores. Del mismo modo, no se han observado diferencias entre las personas que declaran tener un peor estado de salud.

Gráfico 5.20 Utilización de los distintos servicios de urgencias, según grupos de edad



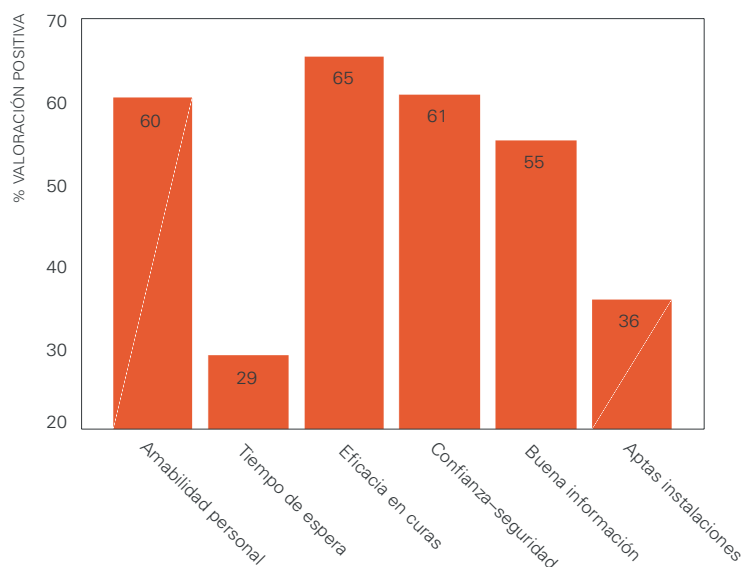
Otro de los hechos que se quieren resaltar a partir de la observación de los datos es que, para el conjunto de los ciudadanos, el servicio de urgencias por excelencia es el prestado por el sistema público. Esto es, cuando alguien se ve afectado por un problema de salud que considera urgente, el comportamiento más habitual es acudir a un centro del Servicio Andaluz de Salud. Si bien esto es normal en las personas que sólo tienen cobertura sanitaria de carácter público, también es cierto en gran medida para las personas que disponen tanto de seguro público como de seguro privado. Para las personas que tienen ambos tipos de seguro, la utilización de los hospitales públicos es superior a la de los hospitales privados. En concreto, del total de entrevistados que presentan esta característica, un 27% declara haber acudido a un hospital del SAS, mientras que los que declaran haber acudido a un hospital privado son sólo el 10% de los mismos. Se puede considerar pues que, a pesar de la disposición de un tipo de cobertura sanitaria privada, la utilización de las urgencias refleja el hecho de que las garantías en términos de disponibilidad de recursos y accesibilidad siguen correspondiendo al sistema público.

Las opiniones sobre los Servicios de Urgencias

En general, la opinión de los ciudadanos respecto del servicio de urgencias del SAS se puede considerar positiva. De los 6 ítems incluidos, 3 obtienen valoraciones positivas por encima del 60% de los casos. Es de destacar que el 65,4% de los entrevistados manifiesta que los profesionales (médicos y enfermeros) resuelven las curas e intervenciones con eficacia. Del mismo modo, el nivel de satisfacción también es alto en lo referido a la amabilidad de los profesionales. Igualmente, se estima la confianza y seguridad en los servicios que prestan y la información que se ofrece durante el proceso de intervención o asistencia. En gran medida, esta posición de la población refleja un alto grado de confianza en el sistema público en lo referido a la resolución de problemas graves de salud.

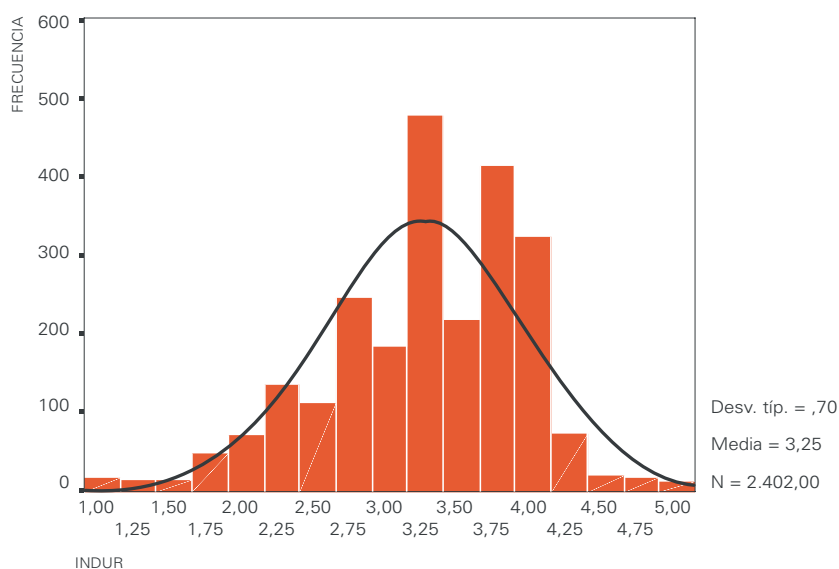
Por el contrario, las cuestiones peor valoradas son las relativas al tiempo de espera y a la comodidad o adecuación de las instalaciones. La primera sólo es valorada positivamente por el 29% de la población entrevistada y la segunda por el 35,9%. Parece ser pues que uno de los puntos débiles de las urgencias en términos de opinión pública está relacionado con el desarrollo del proceso de atención al paciente y, en cierta medida, con el sistema de información. La percepción negativa de los ciudadanos está relacionada con los problemas derivados de la saturación de este servicio hospitalario. Para la mayoría de los ciudadanos, acudir a unas urgencias hospitalarias implica un tiempo de espera prolongado, cuestión que se ve agravada por la capacidad y el estado de conservación de las instalaciones, que frecuentemente se ven sometidas a un grado de presión muy superior al existente en otros servicios sanitarios públicos.

Gráfico 5.21 Valoración de aspectos relacionados con los servicios de urgencias



Respecto al índice de valoración de las urgencias, sus resultados son los siguientes: en una escala entre 1 y 5, la media de valoración es de 3,25, estando el 75% de los casos por encima de 3,8. En este asunto, la valoración global es inferior a la obtenida en la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria, estando en un nivel parecido al de la Atención Especializada mediante Consultas Externas.

Gráfico 5.22 Índice de valoración de Urgencias Histograma



6. Conclusiones del Barómetro

En lo que se refiere al Barómetro Sanitario, las conclusiones más importantes que pueden sintetizarse de todo cuanto se ha expuesto en los capítulos precedentes son las siguientes:

- 1** La mayoría de los andaluces no identifican bien el organismo que presta la asistencia sanitaria en Andalucía. Sólo un 34% identifica al Servicio Andaluz de Salud correctamente y el 41% de la población no acierta a identificarlo.
- 2** La mayor parte de la población se distribuye entre quienes opinan que la sanidad en Andalucía está igual que en el resto de España (38%) y quienes no tienen opinión formada sobre ello (31%). Sólo un 11% cree que la situación en Andalucía es mejor y un 23% opina que está peor. La mayoría de los andaluces creen que la asistencia sanitaria ha evolucionado positivamente en los últimos tres años, y piensan que seguirá evolucionando positivamente en los próximos tres años.
- 3** Más de la mitad de los andaluces consideran que la sanidad en nuestra Comunidad Autónoma funciona bien, aunque parte importante de éstos cree que necesita algunos cambios (51%). Sólo una parte minoritaria cree que está bien como está (9,1%) o que esté tan mal que requiera reformar completamente el sistema (5,6%). Finalmente, un tercio de los andaluces cree que se necesitan cambios fundamentales en el sistema sanitario público. Las opiniones de los andaluces se caracterizan por ser menos extremas que las existentes para el conjunto de España. En Andalucía existe una menor cantidad de población que considera que la sanidad está muy bien, pero también hay una menor cantidad que piensa que la situación sea tan deficiente que haya que rehacer el sistema completamente.
- 4** La sanidad es la política social a la que los andaluces otorgan más importancia, aunque las diferencias con otras políticas de bienestar social son muy leves. Asimismo, la opinión mayoritaria de los andaluces es que el gasto sanitario debería ser mayor (58%) o mucho mayor (14%) de lo que es en la actualidad. Del mismo modo, cuando se compara la sanidad con otras políticas de protección social, se observa una tendencia a priorizar el gasto en sanidad frente al de las otras políticas públicas. Los andaluces están mayoritariamente de acuerdo con las medidas adoptadas por la Junta de Andalucía en 1999 respecto a las medidas sobre medicamentos adoptadas por el Ministerio de Sanidad.
- 5** La gran mayoría (96%) de la población andaluza disponen en exclusiva de cobertura sanitaria pública (aseguramiento más provisión), un 5% dispone de seguro a través de una de las mutuas sanitarias del Estado, un 2,7% dispone de un seguro privado pagado por la empresa en la que trabaja y un 9% dispone de un seguro privado pagado por la propia familia.

- 6** La sanidad pública se considera mejor que la privada en cuestiones relacionadas con la cobertura de los servicios, con la disponibilidad de infraestructuras y tecnologías y con la confianza en el trabajo de los profesionales. La sanidad privada se considera mejor que la pública sólo en cuestiones relacionadas con la comodidad de los centros y con el trato e información proporcionada a los pacientes. En general, las opiniones referidas a la comparación de la sanidad pública y la privada no se basan en experiencias directas, dado que es escasa en Andalucía la cantidad de población que tiene contacto con la asistencia privada y que existe una percepción que sobredimensiona las prestaciones que habitualmente ofrece este sector.
- 7** Los servicios del SAS más utilizados por los andaluces son los de Atención Primaria de Salud. Sólo un 30% de la población no acude ninguna vez al año a visitar a un médico de familia. La utilización de servicios de Atención Primaria del SAS viene determinada por la edad, la situación laboral, el nivel de estudios, los ingresos y el sexo, estando los mayores niveles de utilización en las personas de más de 70 años, jubilados y pensionistas, personas con estudios primarios o menos de primarios, con ingresos familiares inferiores a las 250.000 pesetas mensuales, y de sexo femenino. No existen diferencias derivadas del tamaño de hábitat y del estado civil.
- 8** Los servicios de Atención Especializada del SAS son utilizados anualmente por el 45% de la población, siendo el 19% la cantidad de individuos que acuden a los servicios sanitarios privados. La utilización de los servicios de Atención Especializada tiene una secuencia de influencias similar a la AP, aunque menos acusada. El 41% de los entrevistados han estado alguna vez ingresados en un hospital público por problemas de salud a lo largo de su vida. Un 8% de la población ha utilizado en el último año anterior a la realización de la encuesta alguno de los servicios de un hospital del sistema público de salud.
- 9** Los ciudadanos andaluces tienen un elevado conocimiento de sus derechos en relación con el Sistema Público de Salud. El derecho a recibir informes médicos tras la utilización de las urgencias, las consultas a los especialistas o tras el alta hospitalaria son conocidos por más del 90% de los encuestados. Los derechos menos conocidos, aunque con cantidades en torno al 70%, son la capacidad de elección de hospital y a la posibilidad de solicitar una segunda opinión. Los más ancianos, los jóvenes y los que utilizan en menor medida los servicios sanitarios públicos son el colectivo más desinformado respecto a sus derechos.
- 10** La opinión que tienen los andaluces respecto a la equidad del sistema sanitario en su conjunto permite establecer que es altamente igualitario. Unicamente se perciben mayores desigualdades en la prestación de servicios sanitarios derivadas de residir en un núcleo rural o urbano, o de padecer una enfermedad leve o grave. En la comparación de la percepción de la equidad del sistema de salud en los ámbitos andaluz y nacional, existen diferencias que indican que en Andalucía se considera que el Sistema de Salud es más igualitario.

- 11** Los aspectos más valorados de la Atención Primaria son la cercanía de los centros a los domicilios de los pacientes, el respeto a su intimidad, el trato recibido por los profesionales y el hecho de que se atiendan las consultas el mismo día que se necesitan. Los aspectos menos valorados son el tiempo que es necesario esperar para acceder a la consulta, y el estado y la comodidad de las instalaciones de los centros. Los aspectos más importantes a mejorar en la Atención Primaria tienen que ver con la reducción del tiempo de espera en las consultas y la rapidez en la atención. Aunque el colectivo profesional es valorado en su conjunto positivamente, existe un importante colectivo de ciudadanos que consideran necesario una mejora en el interés y dedicación de los mismos.
- 12** La valoración de la Atención Primaria en su conjunto se puede considerar alta, con una media de 3,5 en una escala de satisfacción comprendida entre 1 y 5. Los aspectos que más influyen en la satisfacción con la Atención Primaria son la edad y la frecuencia de asistencia al médico de cabecera. La satisfacción sube conforme aumenta la edad de las personas, e independientemente de la edad, conforme aumenta el número de visitas anual a un médico de AP del SAS. Del mismo modo, la AP está mejor valorada en su conjunto en municipios rurales menores de 5.000 habitantes que en el resto de tamaños de hábitat.
- 13** El conocimiento de la cobertura de los servicios de Atención Primaria se puede considerar alto. De los 10 tipos de servicios mencionados, los ciudadanos identifican una media de 7. Los mejor informados son las mujeres con hijos, que viven en núcleos de población medios y urbanos. Los peor informados son los hombres mayores de 65 años que viven en núcleos rurales.
- 14** Las cuestiones más valoradas en las Consultas Externas de Atención Especializada son las relacionadas con el trato de los profesionales, la información que se presta y la confianza en las actuaciones que se realizan. Las cuestiones menos valoradas tienen que ver con la accesibilidad: se valoran negativamente la facilidad para conseguir cita, el tiempo de espera en la consulta, la cercanía de los centros a los domicilios y la coordinación entre médicos generales y especialistas.
- 15** La valoración global de las Consultas de Atención Especializada en una escala de 1 a 5 se sitúa en 3,2, cifra inferior a la observada para la Atención Primaria. Esta valoración aumenta conforme sube la edad, y conforme sube la frecuencia de uso. Sin embargo, existe una menor valoración global en las personas situadas en grupos de edad intermedios, y que realizan visitas puntualmente, en torno a 1 o 2 veces al año.
- 16** En lo referido a la Atención Hospitalaria, las cuestiones más valoradas tienen que ver con la capacidad y el trato de los profesionales, la eficacia en las intervenciones y tratamientos y el proceso de información. Las cuestiones peor percibidas se refieren al tiempo de espera en el hospital para que se realice la intervención, y a la posibilidad de conseguir cita con otro médico especialista para obtener una segunda opinión.
- 17** Globalmente, la Atención Hospitalaria es el tipo de servicio mejor valorado en el SAS, excluyendo las consultas externas en los hospitales y los servicios de urgencias. El índice de valoración obtiene una media de 3,71 en una escala de 1 a 5. El hecho de haber estado hospitalizado recientemente mejora la opinión en todas las cuestiones relacionadas con el trato personal, la capacidad de los profesionales y la eficacia de las intervenciones. Sin embargo, no mejora en lo referido a tiempos de espera y posibilidad de pedir opinión a distintos médicos.

18 Globalmente, más del 50% de los hogares ha tenido un contacto con algún servicio de urgencias en Andalucía en el último año. Las urgencias de los hospitales públicos andaluces son las más utilizadas, con un 41,9% de los hogares, mientras que las urgencias de los centros de salud son utilizadas por un 25%. Los servicios de urgencias corresponden esencialmente al ámbito público. Sólo un 3,2% de los hogares han tenido contacto con un servicio de urgencias privado. Aunque en menor medida, las personas que poseen cobertura sanitaria privada siguen utilizando mayoritariamente los servicios de urgencias del SAS. El servicio de urgencias por excelencia es el prestado por el sistema público.

19 Los aspectos mejor valorados de los servicios de urgencias son el grado de eficacia en las curas o tratamientos, la confianza y seguridad que transmiten los profesionales y la amabilidad en el trato, con valoraciones positivas superiores al 60% de los entrevistados. Las cuestiones peor valoradas son el tiempo de espera cuando se acude a una urgencia, y las instalaciones disponibles. En una situación intermedia se encuentra la información proporcionada. El índice de valoración de las urgencias es de 3,25 en una escala de 1 a 5.



Parte II

Los usuarios ante los servicios sanitarios: valoración y satisfacción

1. Metodología

En esta parte del trabajo se presentan los resultados del estudio acerca de la valoración hecha por los usuarios del Servicio Andaluz de Salud sobre los servicios que han recibido, bien en Atención Primaria, bien en Atención Hospitalaria. A diferencia de la valoración que se presentaba en la Parte I del trabajo, que estaba basada en la opinión de los andaluces en general, hubieran sido o no usuarios directos de los servicios del SAS, en esta parte la valoración se circunscribe a ciudadanos que han hecho uso reciente de esos servicios. Se basa, por tanto, en los resultados de un conjunto de encuestas que se han realizado entre quienes han acudido a los centros de salud o han recibido asistencia hospitalaria. Estas encuestas han sido el instrumento final utilizado en un proceso de investigación más largo y complejo sobre satisfacción con los servicios sanitarios. A continuación se expone la metodología seguida para realizar la investigación y, después, se presentan los resultados obtenidos para cada uno de los niveles asistenciales anteriores.

Como se decía en la introducción, en los últimos años se está asistiendo a un cambio importante en las relaciones entre las administraciones que prestan servicios públicos y sus usuarios. Esto se debe a la relevancia que está adquiriendo el considerar cada vez más a los ciudadanos como consumidores con capacidad de actuación y elección respecto a los servicios que reciben. En este contexto, la opinión de los usuarios de servicios sanitarios está siendo de especial importancia en la planificación y gestión de las políticas públicas de salud. En este sentido se asiste también a una redefinición de las relaciones médico-paciente, pasando estos últimos a ser considerados como coproductores de los cuidados de salud más que como receptores pasivos de conocimientos especializados. Como consecuencia, el resultado de la asistencia sanitaria no se mide ya sólo en términos de efectividad, eficiencia técnica o mejora del estado de salud de los pacientes, sino también por su satisfacción con el resultado alcanzado.

Por todo ello, la satisfacción de los usuarios ha pasado a ser vista como uno de los resultados de la asistencia sanitaria, y los procedimientos dirigidos a medir esa satisfacción se han convertido en un elemento clave de las organizaciones sanitarias modernas, entendidos como herramientas que permiten obtener información relevante sobre la percepción de los usuarios y sobre las actuaciones que deben de realizarse para aumentar la calidad de las prestaciones.

No obstante, a pesar de la importancia organizativa y la proliferación de estudios dirigidos a investigar la satisfacción de los pacientes, aún no existe un concepto unívoco de su significado. Igualmente, existe una gran diversidad en los métodos concretos de investigación aplicados para medir la satisfacción con el uso de los servicios sanitarios. En este apartado se realiza una breve aproximación a los estudios de satisfacción revisando su historia reciente y las aportaciones más destacables que se han hecho. El objetivo es contextualizar el trabajo empírico que se presenta en esta monografía, para que se comprendan mejor las opciones metodológicas que se han tomado a lo largo de la investigación.

1.1 Los estudios de satisfacción en el contexto de la atención sanitaria

Los primeros estudios que mostraron interés en definir el concepto de satisfacción se desarrollaron en los años 50 y 60 en los EE UU, probablemente, como ponen de manifiesto Mira y otros (1992), a raíz de la importancia que en ese país estaban adquiriendo los estudios sobre calidad de vida. Entre las primeras investigaciones destacan la de Koos (1954) y Donabedian (1966), que conceptualizaron la satisfacción del paciente como “una medida del resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente”. Esta definición, a pesar de la importancia que ha adquirido en la literatura al uso, no discriminaba suficientemente entre este tipo específico de resultado y el que pudiera resultar, por ejemplo, entre oferente y cliente de una relación comercial cualquiera, y tampoco discriminaba de una forma clara entre los distintos aspectos que intervienen en la relación entre el paciente y la organización sanitaria. Cafferata y Roghman (1978) abundan en ese planteamiento cuando entienden la satisfacción del paciente como un determinante de la fidelidad del cliente sanitario, entendiéndolo como similar en su modo de proceder a los clientes de cualquier otro servicio.

Los primeros esfuerzos orientados ya al estudio especializado de la satisfacción de los usuarios de los sistemas de salud se centraron en las especificidades de este tipo de usuarios y servicios, entendiendo que los factores que intervienen en la satisfacción del paciente no son de la misma naturaleza que aquéllos que intervienen en la satisfacción de usuarios de otro tipo de servicios. No obstante, gran parte de los estudios realizados han tenido como objetivo identificar posibles áreas de mejora en los centros, pensando normalmente en la comodidad de los pacientes, y centrándose en valoraciones generales de la asistencia prestada y en la evaluación de aspectos más tangenciales de la asistencia sanitaria, como lo que se llama habitualmente amenidades. En lo que sigue se discuten algunos aspectos de las relaciones entre los conceptos de satisfacción y calidad de los servicios sanitarios, de las dimensiones en que puede desagregarse o descomponerse la medición del concepto de satisfacción con esos servicios, y de la influencia que pueden tener las expectativas que los usuarios se forman sobre lo que esperan de esos servicios en la satisfacción que expresan sobre ellos.

Satisfacción y calidad

La relación entre calidad percibida y satisfacción expresada por los servicios sanitarios que se reciben es un asunto complejo. En los últimos 10 años han proliferado los estudios sobre calidad que han introducido un cambio cualitativo en el enfoque, incorporando la opinión de los pacientes sobre el proceso asistencial, el tratamiento y los resultados alcanzados. Estos tienden a conceptualizar la satisfacción como una medida de la calidad del servicio. En otras

palabras, medir la satisfacción de los usuarios puede ser una forma de medir la calidad del servicio recibido. Pero esta forma de conceptualizar la satisfacción no acaba de aclarar del todo la relación entre satisfacción y calidad, que sigue siendo ambivalente. En efecto, la satisfacción se presenta en unos casos como resultado de la calidad del servicio, y en otros se presenta como un componente o atributo más del servicio. Esto es, los pacientes manifiestan su satisfacción porque han recibido un servicio de calidad, y al mismo tiempo, la calidad está en función del grado de satisfacción expresado por los pacientes.

A pesar de no establecerse claramente como componente o resultado, la satisfacción parece constituirse en un claro indicador de la calidad del servicio. Por ejemplo, Steiber y otros (1988) operacionalizaron las dos cuestiones en un estudio hospitalario realizado a escala nacional en los EEUU, que arrojó una alta correlación entre ambos términos, lo que permitía realizar una predicción de calidad objetiva a partir de la satisfacción encontrada. En el mismo sentido, Klaus (1985) desarrolló un modelo de percepción del servicio sanitario que especificaba cómo se relacionaban la satisfacción y la calidad, estableciendo correspondencias entre los distintos niveles de calidad y valoración de forma piramidal. En definitiva, para numerosos autores (Davis y Ware, 1987) la percepción del paciente resulta el factor clave para medir la calidad, puesto que ésta correlaciona en muchos estudios empíricos con medidas más objetivas de la calidad del servicio, aportando además información sobre otros aspectos difícilmente perceptibles sin la colaboración del usuario. De esta forma, se suele entender que encontrar los estándares de calidad percibidos por los usuarios facilita la disposición de herramientas para mejorar la prestación de los servicios sanitarios desde un punto de vista integral.

No obstante, a pesar de la importancia común otorgada a la opinión del paciente entendida ésta como resultado de la calidad, hay que especificar que en los estudios de satisfacción normalmente se habla de calidad percibida, entendiendo por tal la que procede de la percepción subjetiva del usuario del servicio. Desde esta perspectiva, la calidad del servicio sanitario no sólo se mediría atendiendo a los resultados objetivos de los servicios sanitarios, sino también atendiendo al punto de vista subjetivo de los usuarios.

Las dimensiones de la satisfacción

A partir del establecimiento de la satisfacción como elemento de la calidad, una pauta común en los estudios de satisfacción ha sido profundizar en los atributos o dimensiones que los usuarios del servicio deben valorar. En la práctica totalidad de los estudios se entiende la medida de la satisfacción como un concepto multidimensional, proponiéndose diferentes dimensiones que intentan desagregar los aspectos que intervienen en la relación del usuario con los servicios sanitarios. Revisando los estudios rigurosos que se han realizado siguiendo este criterio, lo normal es encontrar una apreciable diversidad en el número de atributos o aspectos a valorar. No existe homogeneidad a la hora de fijar los aspectos de la relación entre usuarios y servicios sanitarios que deben tenerse en cuenta para medir la satisfacción.

Por ejemplo, en uno de los primeros estudios Hulka y otros (1970) establecían tres factores a medir referidos a la competencia profesional, las condiciones personales y la relación coste / comodidad para los usuarios. Wolf y otros (1978) consideraron tres dimensiones: la cognitiva, referida a la cantidad y calidad de información que da el médico; la afectiva, referida al interés y comprensión que demuestran; y la comportamental, sobre

las habilidades y competencias del personal sanitario. En un clásico estudio que revisa una gran cantidad de investigaciones sobre la satisfacción (Hall y Dornan, 1988), los autores indican que los aspectos que habitualmente se incluyen se refieren a la humanización de la asistencia, la información facilitada, la calidad de la atención en su conjunto, la satisfacción en general o la competencia técnica. En suma, la gran heterogeneidad encontrada parece que responde a la realización de estudios que atienden a contextos organizativos y sociales específicos. Estudios que, además, tienen que adaptarse en la mayoría de los casos a la resolución de problemas prácticos más que al establecimiento de pautas comunes de comportamiento.

No obstante, se pueden distinguir al menos tres dimensiones que de forma implícita o explícita están en la mayoría de ellos. La primera, comprendería la valoración de los aspectos de la competencia de los profesionales que prestan la atención. La segunda estaría formada por aquellos otros referidos a la interacción personal entre usuarios y profesionales. La tercera agruparía las valoraciones de los usuarios sobre las características de los lugares en los que se presta la atención.

Respecto a los procedimientos de recogida de información en estos estudios, el método utilizado con más frecuencia consiste en la aplicación de encuestas de satisfacción, debido a que permite contabilizar de forma más exacta la distribución de los usuarios según las distintas valoraciones que expresan y comparar entre sí los distintos aspectos de la valoración. La mayoría de las encuestas se basan en preguntas con respuestas cerradas mediante escalas del tipo Likert, que permiten ordenar a los sujetos según sus respuestas a lo largo de una escala con extremos de valoración positiva y negativa. Las encuestas presentan normalmente un formato multidimensional, que se adapta a las variables y elementos considerados relevantes a efectos de la valoración.

La proliferación del uso de instrumentos como los descritos en el párrafo anterior ha despertado no pocas críticas sobre su consistencia interna y sobre su sensibilidad y capacidad para discriminar la satisfacción con los múltiples aspectos en que puede desagregarse la prestación sanitaria. Frente a estas críticas, la tendencia más común ha sido el intento de homogeneizar lo más posible los instrumentos utilizados, reduciendo la heterogeneidad a que antes nos referíamos. Para conseguirlo se han tratado de establecer inductivamente, mediante métodos estadísticos apropiados, modelos que reflejaran la forma en que se agrupan los distintos aspectos que se miden. Así, se podrían establecer pautas homogéneas a la hora de proponer las dimensiones relevantes a efectos de la evaluación (Van Campen y otros, 1998). No obstante, pese a los esfuerzos realizados, la aplicación de esos modelos en ámbitos distintos de aquellos sobre los que fueron obtenidos ofrecen resultados empíricos que normalmente no confirman la estructura teórica empleada en el diseño de los cuestionarios.

Satisfacción y expectativas

Un enfoque diferente en los estudios de satisfacción es el que incorpora factores psicosociales de los individuos como elementos que influyen en la interacción médico-paciente. Este enfoque, que se basa en lo que habitualmente se denomina teoría de la discrepancia, introduce el concepto de expectativa como elemento central para explicar la satisfacción de los pacientes. En concreto, parte de la distinción entre actitudes y percepciones sobre un objeto, en este caso, la atención sanitaria. Mientras que las actitudes pueden ser

de naturaleza evaluativa o afectiva, las percepciones pueden ser de naturaleza cognitiva o informativa. Por tanto, la actitud sería más bien la suma de las creencias o expectativas del sujeto evaluador hacia cada una de las dimensiones del objeto evaluado, mientras que las percepciones constituyen la confirmación o negación de las expectativas.

Entre los autores que contribuyen a este enfoque destaca Linder-Pelz (1982), que ha desarrollado un modelo explícito dirigido a la explicación de la satisfacción, denominado desconfirmación de las expectativas. La satisfacción del paciente se relaciona con las expectativas que se ha formado respecto a los cuidados, personal o centro que le atiende, y viene determinada finalmente por el grado de disonancia entre las expectativas y la realidad que el paciente ha percibido. En suma, se entiende que la satisfacción es el resultado de la diferencia entre lo que el paciente esperaba que ocurriera y lo que dice haber obtenido. Según este modelo, la satisfacción aparece como resultado de la confirmación o no de las expectativas. La satisfacción será mayor cuando las expectativas sobre los servicios a recibir sean superadas por lo que ocurra, mientras que la insatisfacción se producirá cuando los cuidados y atenciones queden por debajo de las expectativas.

Dentro de este enfoque se sitúan algunos de los instrumentos habituales empleados en los estudios de satisfacción, del que quizá el más representativo sea el denominado SERVQUAL (Parasunaman y otros, 1988) por su aplicación a distintos contextos sanitarios. Además de las dimensiones habituales presentes en el resto de los estudios, como son los elementos tangibles, la fiabilidad, el grado de disposición personal de los profesionales o la competencia profesional, su principal característica es que introduce una serie de preguntas referidas a las expectativas de los usuarios, recogiendo la importancia que los pacientes atribuyen a las dimensiones de la atención recibida.

Revisando los estudios que han analizado críticamente este enfoque se puede concluir que tiene una concepción teórica sólida y mayor validez discriminante. Sin embargo, normalmente la metodología no ha dado los resultados esperados debido a la débil capacidad predictiva de las expectativas en la satisfacción. Por ejemplo, en una aplicación de esta técnica al caso español, las expectativas sólo aportaban 4% de la varianza explicada (Mira et. al. 1998). Además, existe una discusión sobre la posibilidad de medir con rigor las expectativas que pone en tela de juicio este método. En este sentido se apuntan algunos problemas como, entre otros, los siguientes: las dificultades para preguntar sobre ellas, dado el carácter subjetivo, difuso y futurible que pueden tener; la influencia que tienen otros factores en la creación y modificación de las expectativas, como la frecuentación de los servicios que se evalúan; el desconocimiento de las causas por las que las expectativas cambian a lo largo del tiempo; el hecho de que se induzca la definición de expectativas durante el proceso de investigación, debido a que no estén formadas de antemano.

1.2 El enfoque empleado en el estudio

De acuerdo con lo anterior, el estado de la cuestión de los estudios sobre satisfacción corresponde a un contexto multiparadigmático, en el que coexisten formulaciones teóricas alternativas, caracterizado por una diversidad de instrumentos que responden a contextos sanitarios específicos y, frecuentemente, a la resolución de problemas de gestión para determinadas instituciones sanitarias. A pesar de la amplia literatura existente, no parecen existir instrumentos que se muestren válidos de una forma generalizada para cualquier ámbito y contexto. Parece tratarse más bien de un campo de investigación defi-

nido sobre todo por las características de la técnica empleada, cuyas valoraciones se ven sujetas más a la utilidad de los resultados de los instrumentos utilizados que a formulación de problemas teóricos específicos.

El enfoque adoptado en los estudios de satisfacción de usuarios del Servicio Andaluz de Salud responde igualmente a la necesidad de su utilización práctica en un contexto determinado. Como se dice en la introducción, el proyecto se inscribe en los objetivos generales definidos en el Plan Estratégico del SAS, en el que persigue incorporar lo más posible la perspectiva de los usuarios en la planificación y gestión sanitarias, entendiendo la satisfacción como uno de los elementos fundamentales de la calidad del servicio. En este contexto, el Plan Estratégico se plantea la necesidad de disponer de instrumentos útiles para la toma de decisiones por parte de la dirección corporativa del organismo, que a la vez provean de información que ayude a orientar la gestión concreta de las distintas unidades organizativas de la red pública.

Por tanto, la opción metodológica tomada en el planteamiento del estudio ha sido la de diseñar un instrumento específico adaptado a las necesidades operativas de gestión, teniendo en cuenta en la medida de lo posible los criterios metodológicos de carácter amplio aceptados en los estudios de satisfacción. Las decisiones tomadas en este sentido han respondido, por tanto, al compromiso entre las experiencias existentes en el ámbito de los estudios de satisfacción y su utilidad para los fines específicos para los que este trabajo ha sido concebido y realizado.

Los criterios generales que han guiado el planteamiento de la investigación, se basan en que, desde una perspectiva global, la satisfacción del paciente está sustentada en la combinación de la fuerza de la opinión y la evaluación de los atributos del servicio con los que el usuario tiene contacto.

En primer lugar, se asume que la satisfacción es resultado de las distintas percepciones que se tienen sobre el conjunto de aspectos que conforman la relación del usuario con el servicio sanitario. La satisfacción se considera, pues, una suma de aspectos parciales. Cuando se emite una opinión sobre el sistema sanitario no es posible englobar la opinión sobre todos esos aspectos parciales en una opinión general y, viceversa, también es difícil que la opinión sobre un aspecto parcial no esté más o menos influida por la opinión sobre los demás aspectos. Por tanto, es conveniente incluir la mayor cantidad posible de elementos que intervienen en la interacción del usuario con el servicio que recibe, incluyendo distintos grados de generalidad.

La estrategia seguida para formular el contenido de los cuestionarios ha sido la de incluir la mayor parte de los componentes que intervienen y condicionan la relación de los usuarios con el proceso de atención recibido en los centros, teniendo en cuenta en cada caso las especificidades de la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria. Los indicadores incluidos cubren desde aquellos que se refieren a la satisfacción global con los centros, que se miden a través de preguntas que interrogan sobre valoraciones de la totalidad o mayor parte de la atención que se presta, hasta otros referidos a aspectos parciales de la atención. Entre estos últimos se encuentran los recursos humanos, el tratamiento técnico, los servicios ofrecidos por los centros, el sistema organizativo y la adecuación y comodidad de las instalaciones, tal como se expone detalladamente en los capítulos dedicados a la Atención Primaria y Hospitalaria.

La formulación de las preguntas también se ha realizado teniendo en cuenta los tipos de usuarios que constituyen el objeto del estudio. Dado que no se trata de usuarios que estén sometidos a cuidados de salud específicos, caracterizados por alguna patología, tipo de tratamiento o relación con profesionales concretos, las preguntas debían ir formuladas con el suficiente grado de generalidad que permitiesen recoger la opinión de la práctica totalidad de los usuarios. A pesar de ello, la formulación de las preguntas debía ser suficientemente concreta como para identificar áreas de actuación en la mejora de los servicios sanitarios en las distintas unidades de gestión del SAS. De este modo, el contenido de los cuestionarios responde a un balance entre la generalidad de los usuarios y la utilidad de los elementos evaluados para la gestión de los centros.

En segundo lugar, teniendo en cuenta que las valoraciones son opiniones de carácter subjetivo, se asume que la satisfacción es un asunto relativo. Es decir, no existe un concepto de satisfacción que adopte un significado similar para dos colectivos, o incluso para dos personas distintas. Esto es lo que otros autores han conceptualizado como la influencia de las expectativas en la satisfacción con los servicios que se reciben. Sin embargo, a pesar del interés del enfoque que contempla la diferencia entre expectativas y percepciones, aún no está suficientemente comprobado que exista un método adecuado para la medición de las expectativas y que éstas contribuyan de modo relevante a explicar la satisfacción. Debido a la complejidad y los riesgos que planteaba adaptar los cuestionarios a dicho enfoque en un estudio de gran envergadura, se ha preferido relativizar los niveles de satisfacción acudiendo a los elementos que intervienen en la conformación de las perspectivas de los sujetos de estudio, como son la edad, el nivel educativo, la situación laboral o el tipo de relación que se haya tenido con el servicio sanitario.

No obstante, conviene subrayar que, aunque la medida de la satisfacción es un asunto relativo, si el instrumento utilizado es válido y fiable, es posible considerar una opinión como real, al margen de que en su conformación influyan de forma distinta las características de los usuarios o la calidad del sistema. Si un principio organizativo del sistema es considerar al usuario como centro del mismo, uno de los objetivos debe ser corregir las situaciones consideradas negativas, o que no se muestran igual de positivas que en el resto del sistema, aunque a pesar de ello se pueda delimitar el papel del tipo de usuario y del tipo de prestación sanitaria en la conformación de la satisfacción. En consecuencia, se pueden utilizar las medidas de la satisfacción como válidas en sí mismas, en tanto que reflejan la opinión de los usuarios, cuyos efectos operan en la realidad con independencia de cuáles sean las variables personales que puedan influir en su formación.

1.3 El diseño de los instrumentos de medición de la satisfacción

En los cuestionarios utilizados para las encuestas a usuarios de Atención Primaria y Atención Hospitalaria las medidas de la satisfacción se han diseñado y ejecutado de acuerdo con los siguientes principios:

- Que sean operativas para los criterios de gestión.
- Que sean fáciles y entendibles para los profesionales y usuarios.
- Que se adapten a los tipos de usuarios y a las condiciones del sistema de salud.

El sistema de medición utilizado es simple y homogéneo. Es decir, la mayoría de las medidas consisten en escalas con gradaciones de cinco puntos, con un significado similar en casi todas ellas, o bien en medidas dicotómicas tipo “sí / no”. Esto se ha realizado así de acuerdo con algunas preferencias de carácter metodológico: es mejor partir de la expre-

sión propia del sujeto que de la formulación de un constructo por parte del investigador. Esto es, las opiniones, preferencias, actitudes y comportamientos que son expresados por los sujetos de la investigación deben estar exentos en la medida de lo posible de sesgos, pero también de injerencias de carácter metodológico, lo cual supone que, cuando no es factible una completa libertad de expresión, debe proporcionarse un sistema que sea:

- Comprensible en términos de objetivos.
- Fácil de interpretar y contestar.
- Rápido.

A pesar de ser éste un sistema de encuestación habitual, en el que se enfrenta al entrevistado a una serie de opciones prefijadas, siempre existen grados en la incorporación del lenguaje de uso común en el instrumento de medida. O sea, desde nuestro punto de vista, la tecnificación debe ser después, no antes, y siempre que se justifique su uso por la inadecuación de las técnicas que trabajan con datos de carácter primario.

Por otra parte, tras la realización de las pruebas de las versiones preliminares de los cuestionarios (1), la utilización de una escala simple ha resultado más adecuada que otro tipo de escalas empleadas en algunos estudios de satisfacción, entre otros por los siguientes motivos:

- La escala empleada refleja la respuesta natural e inmediata de los encuestados.
- Es posible trasladar un significado claro y homogéneo a los números o valores de la escala para la mayoría de los entrevistados.
- Aporta menos información que las escalas largas, pero evita la duplicidad de significados para los mismos valores y, a la vez, es operativa para procedimientos estadísticos.
- Aporta más información que las escalas dicotómicas y permite la agregación y la creación de índices fácilmente interpretables.

En suma, las escalas utilizadas son entendibles tanto para los sujetos de estudio, en tanto que facilitan la comprensión y el aprendizaje para los entrevistados, como para los destinatarios finales de los resultados de la investigación, que no tienen porqué tener conocimientos amplios en estadística. Además, son homogéneas porque lo que se busca es la comparación entre indicadores y dimensiones, y la comparación entre las distintas unidades del sistema. Por otra parte, también son homogéneas en el sentido de que se busca la replicación de este trabajo en estudios posteriores para observar la evolución del sistema y, en este caso, éste es el procedimiento que aporta mayor consenso en el supuesto de que otro equipo de trabajo repita total o parcialmente el estudio en otro momento. En el Anexo IV pueden verse los cuestionarios utilizados para Atención Primaria y Hospitalaria, junto a las respectivas fichas técnicas de cada una de las encuestas.

1. En las primeras versiones de los cuestionarios se utilizó una escala de satisfacción de 0 a 10 para los mismos indicadores. En el pretest realizado en condiciones reales (n = 250) se observaron las siguientes anomalías en la aplicación de los cuestionarios: las escalas numéricas presentaban problemas de ambigüedad en las respuestas, es decir, existían personas con valoraciones verbales equivalentes que emitían puntuaciones muy distintas. Además, existían dificultades en el entendimiento del significado de las de las escalas, sobre todo en personas mayores y con bajos niveles de estudios. Como consecuencia de lo anterior, en el desarrollo de las entrevistas se reiteraban las mismas puntuaciones y existía una tasa elevada de no respuesta.

1.4 Observaciones sobre procedimientos de análisis y presentación de los resultados

Análisis descriptivo

El primer nivel de análisis es de orientación más bien descriptiva y consiste en la elaboración de los indicadores particulares incluidos en la encuesta. Esto permite observar los resultados referidos a los aspectos concretos de la satisfacción que se han utilizado, realizar una comparación entre ellos, y explorar la influencia de otras variables, como por ejemplo las de carácter sociodemográfico, en el valor de esos indicadores, mediante los oportunos cruces de variables.

En cuanto a la forma de presentación de los resultados de este tipo de análisis, se incluyen los gráficos de algunas de las variables con los valores completos. Seguidamente, cuando se trata de realizar comparaciones entre indicadores, se ha optado por transformar la escala a dos valores. En concreto, se han elegido los dos puntos altos de la escala como las respuestas que expresan satisfacción, expresados en tantos por ciento, sin tener en cuenta las respuestas del punto intermedio de la escala. Aunque ésta no es la única decisión posible, ante las otras alternativas ofrece algunas ventajas para nuestro caso concreto como las siguientes:

- El punto intermedio de la escala puede considerarse como una valoración “parcialmente satisfecha” hacia lo que se pregunta. Sin embargo, dado que a este punto se le ha dado una formulación neutra, se ha preferido tomar como satisfechos sólo a aquellos que lo expresan. También hay que decir que, debido a los altos porcentajes de satisfacción, incluir el punto medio en el cálculo provoca que existan escasas diferencias entre las respuestas a las distintas preguntas.
- Emplear medidas de tendencia central en este caso, en concreto medias, supone elevar artificialmente el nivel de medición, además de ofrecer problemas de interpretación cuando se emplean los estadísticos para observar diferencias entre grupos.
- Aunque es posible emplear otros estadísticos para medidas ordinales, en este caso se ha optado por no utilizarlos debido a que son escasamente intuitivos para un público no necesariamente especialista en terminología estadística.

También cabe decir que igual que se han utilizado los porcentajes de satisfacción pueden utilizarse los contrarios, los de insatisfacción. Esto puede hacerse automáticamente en la lectura de los cuadros, aunque aquí se ha preferido clasificar al sistema en términos positivos, al margen de las posibles críticas que se puedan desprender de la observación e interpretación de los datos.

Respecto a los análisis descriptivos, se presenta una tabulación de los resultados de todos los indicadores del cuestionario, en la que se establecen como variables de control una selección de características de los usuarios y características del sistema organizativo de la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria.

Análisis conjunto de los resultados

Además de la observación detallada de los diferentes grados de valoración de los aspectos o dimensiones incluidos en las encuestas, que permite identificar la existencia de pun-

tos críticos, la multiplicidad de opiniones recogidas plantea dificultades para identificar pautas generales de satisfacción y detectar influencias relevantes. En este sentido, se sigue el criterio empleado habitualmente en la literatura especializada, que indica que el cálculo de la satisfacción a partir de sistemas de recogida multidimensional es preferible realizarlo atendiendo a sus propiedades métricas, más que decidirse por cualquiera de los elementos medidos en particular (Mira y Aranaz, 2000)

Para ello se han utilizado técnicas estadísticas de carácter multivariante adecuadas a las medidas disponibles, con un protocolo de análisis similar en las encuestas de Atención Primaria y Atención Hospitalaria. La explicación detallada de los análisis, junto con los resultados estadísticos, se presenta en los respectivos anexos metodológicos de cada capítulo. No obstante, conviene especificar brevemente la secuencia seguida.

Como paso preliminar, con el objeto de reducir la cantidad de información disponible, se ha realizado una agrupación de variables en aquellos aspectos particulares que presentaban altos niveles de correlación, tras realizar estudios previos dirigidos a comprobar que las preguntas utilizadas en la agregación medían cuestiones similares.

A) El primero de los análisis utilizados tiene como objetivo indagar el papel que cada uno de los elementos particulares evaluados tiene en la satisfacción general expresada por los usuarios. Es un análisis que se efectúa teniendo en cuenta todos los aspectos evaluados en las encuestas, observando cuál es la importancia que obtiene cada uno de ellos en la formación de la opinión general que se tiene de los centros. Para ello se han seleccionado una serie de variables que reflejan las opiniones de tipo más global, resumiéndolas en un indicador sintético que engloba la opinión general de los usuarios, y, posteriormente, se ha estudiado la contribución del resto de aspectos referidos a cuestiones particulares en dicho indicador.

La técnica concreta utilizada en este caso ha sido un análisis de regresión con escalamiento óptimo, adecuado para estudiar la influencia de un grupo de variables, llamadas predictoras, sobre otra variable dependiente, análisis que se muestra más adecuado que el modelo de regresión lineal clásico, debido a los niveles de medida ordinal en los que se han realizado las escalas de valoración. En el análisis utilizado se establece, pues, como variable dependiente el indicador de satisfacción sobre aspectos generales, y como variables predictoras cada una de las variables de satisfacción con aspectos particulares. El objetivo del análisis es saber cuáles de las variables referidas a aspectos parciales tienen más relación con la valoración general del centro.

Como resumen de los resultados del modelo se usa el índice de Pratt que nos informa sobre la importancia de cada una de las variables predictoras, de la correlación parcial de éstas con la variable dependiente y de la correlación de orden cero. La primera permite determinar la trascendencia de cada variable en el modelo. La segunda indica cómo de fuerte es la relación de cada variable predictora con la variable dependiente, una vez eliminado el efecto del resto de las variables, mientras que la última mide la misma relación sin eliminar dicho efecto.

B) Un segundo procedimiento de análisis consiste en el estudio de las influencias que operan en los niveles de satisfacción obtenidos en las encuestas. Esto es, el estudio de cómo influyen algunas variables en la satisfacción. Con ello se trata de establecer modelos de explicación que den cuenta de los factores externos que intervienen en la

conformación de la opinión de los usuarios. Debido al elevado número de variables, y a la homogeneidad encontrada en las respuestas emitidas a gran parte de ellas, como paso previo se ha procedido a la creación de índices de resumen estandarizados, que reúnen gran parte de la información relativa a una dimensión general de la prestación sanitaria. Sobre estas medidas de resumen, entendidas como variables independientes, se aplican técnicas de análisis causal que permiten indagar la influencia de factores provenientes de los usuarios y los centros.

Los resultados que arrojan los análisis de este segundo procedimiento, incluidos en los Anexos II y III correspondientes a Atención Primaria y Atención Hospitalaria respectivamente, son de dos tipos. El primero, es el resultado de los modelos de regresión con escalamiento óptimo, que permiten establecer el peso de los predictores en cada uno de los índices que resumen las dimensiones. Con ellos es posible observar la diferente importancia explicativa que tienen las variables en cada dimensión, así como las correlaciones de las variables introducidas en el modelo.

El segundo, consiste en las influencias específicas de cada variable en las cinco dimensiones medidas, que se han presentado a modo de gráficos de perfil, en los que se muestra la variación que respecto a la media provoca cada una de las categorías de las variables empleadas. Con ello es posible observar en qué medida difieren las 5 dimensiones en función de las características particulares de los usuarios y de los centros. En concreto, la línea establecida en el 0 de cada gráfico de perfil representa la satisfacción media de los usuarios en cada dimensión. Los puntos por encima o por debajo significan que los usuarios en la categoría correspondiente aumentan o disminuyen su satisfacción en el índice calculado. Así, por ejemplo, los usuarios de más de 62 años tienen 3,5 puntos más en el índice de satisfacción global que la media de usuarios. Si, como se ha expuesto anteriormente, la media en el índice global era 79,06, la satisfacción media de las personas del grupo mencionado es 82,56.

La interpretación de los análisis se realiza acudiendo a estos dos tipos de resultados. No obstante, debido a su posible complejidad para lectores no especializados, para ilustrar las influencias más relevantes se ha preferido utilizar como apoyo a la argumentación una serie de gráficos que reflejan las puntuaciones obtenidas para grupos específicos de usuarios o tipos de centro, y que son los que muestran las diferencias más relevantes.

2. La valoración de la red de servicios de Atención Primaria

En este apartado se analiza la opinión de los usuarios de Atención Primaria, expresada en términos de satisfacción, tanto con el sistema en su conjunto, como con las diferentes dimensiones y aspectos concretos susceptibles de valoración que lo componen. Como se ha dicho, aquí se incluyen los resultados de la encuesta a usuarios de este servicio, mientras que el apartado siguiente se dedica a los resultados de la encuesta a usuarios de Atención Hospitalaria, empleándose en ambos casos un procedimiento de análisis y una estructura de presentación de resultados similares.

Se presentan, en primer lugar, los resultados descriptivos del estudio a partir de las formulaciones originales de las preguntas. Esto permite explicitar los contenidos fundamentales de la encuesta y obtener una apreciación global de la situación de la Atención Primaria en Andalucía desde el punto de vista de sus usuarios, exponiendo los puntos fuertes y débiles del sistema. En segundo lugar, se realiza un análisis de la interrelación de los elementos que han sido evaluados, identificando cuáles de ellos contribuyen en mayor o menor medida a formar la satisfacción general con los centros. En tercer lugar, se realiza un análisis de los factores que influyen en mayor medida en los niveles de satisfacción, acudiendo a las características de los usuarios y a algunas de las características organizativas más relevantes de los centros. Para ello se calculan una serie de índices sintéticos referidos a las grandes dimensiones que componen la relación de los usuarios con la Atención Primaria, de forma que permita integrar la mayor cantidad posible de los aspectos que conforman la opinión de los usuarios y posibilite la realización de cálculos estadísticos que discriminen la influencia de las distintas variables.

2.1 La valoración de la Atención Primaria: visión general

La encuesta de Atención Primaria incluye una amplia batería de preguntas que abarcan los principales aspectos del funcionamiento de los centros de salud y consultorios. En la elección de los aspectos a evaluar se han tenido en cuenta aquellos que afectan al usuario en el proceso de atención cuando se realiza una visita al centro. Como se dijo en el apartado sobre metodología, las preguntas recogen tanto opiniones generales como valoraciones de elementos concretos del servicio útiles para identificar áreas de actuación en la mejora de los servicios sanitarios en las distintas unidades de gestión del SAS, teniendo en cuenta su adaptación a un tipo de usuario genérico.

La estrategia seguida en la formulación de los contenidos del cuestionario ha sido pues la de evaluar la mayor parte de los componentes que intervienen y condicionan la relación de los usuarios con el proceso de atención recibido en los centros. Como se expone en el cuadro 2.1, en el que se incluye los temas susceptibles de valoración que se han sondeado, comprenden una relación de preguntas en la que se detallan valoraciones referidas a los recursos humanos, al sistema organizativo del centro, a la comodidad y accesibilidad, a los tratamientos médicos y a los servicios prestados por los centros (2).

Cuadro 2.1 Relación de temas evaluados en la encuesta de Atención Primaria

- Valoración general de los servicios prestados por el centro (P2).
- Comunicación telefónica con el centro (P4).
- Resolución de trámites administrativos en el centro (P5).
- Tiempo de espera hasta la entrada en la consulta (P6).
- Comodidad del edificio y las instalaciones (P7).
- Identificación de los profesionales del centro (P8, P9).
- Tiempo dedicado por el médico en la consulta (P10).
- Horarios de atención del centro (P11).
- Entendimiento de la información proporcionada por médico y enfermero (P12, P14).
- Confianza en la asistencia prestada en el centro (P15).
- Atención domiciliaria prestada por médicos y enfermeros (P17, P19).
- Organización general del centro (P20).
- Confidencialidad de los datos clínicos (P21).
- Respeto en el trato recibido en el centro (P22).
- Disponibilidad del personal para la atención (P23).
- Valoración general de los distintos profesionales del centro (P24).
- Amabilidad de los distintos profesionales del centro (P25).
- Información sobre los tratamientos recibidos (P26).
- Incorporación de la opinión del paciente en los tratamientos recibidos (P27).
- Facilidad en el cambio de médico general o pediatra (P39).
- Mejoras prioritarias en el centro de salud (P40).
- Prestación o servicios no ofrecidos en el centro (P41, P42).
- Recomendación del centro a amigo o familiar (P43).
- Recomendación del médico general a amigo o familiar (P44).
- Coordinación entre médico general y especialista (P48).

La mayor parte de los indicadores corresponden a escalas de tipo ordinal, que permiten recoger y comparar de forma estandarizada los distintos niveles de satisfacción obtenidos en los aspectos observados, junto a dos preguntas de tipo dicotómico dirigidas a indagar la fidelización de los usuarios. Además, se han incluido algunas preguntas abiertas, que permiten recoger las demandas más sentidas expresadas de forma espontánea por los usuarios. La forma de presentación de los resultados descriptivos se realiza atendiendo a la naturaleza de los indicadores utilizados a modo de preguntas en el cuestionario.

La valoración diferencial de los elementos del sistema

En primer lugar se exponen las preguntas en las que se emplea una escala de valoración estándar, lo cual permite realizar una gradación del nivel de satisfacción con los distintos aspectos de la prestación sanitaria. Como se dijo en el apartado anterior, se ha optado por presentar como valores de satisfacción aquellas respuestas situadas en los valores posi-

2. Además de las preguntas valorativas, las encuestas incluyen otra serie de variables dirigidas a indagar el sistema de acceso a los centros, la frecuentación y el grado de cobertura general de servicios prioritarios prestados por el SAS. La formulación original del cuestionario se incluye en el Anexo IV. Por otra parte, los resultados de la totalidad de las preguntas de la encuesta, tabulados por una serie de variables, se incluyen en el Anexo II.

tivos de la escala. De este modo, los resultados de los gráficos se interpretan como porcentaje de satisfacción con los distintos aspectos demandados.

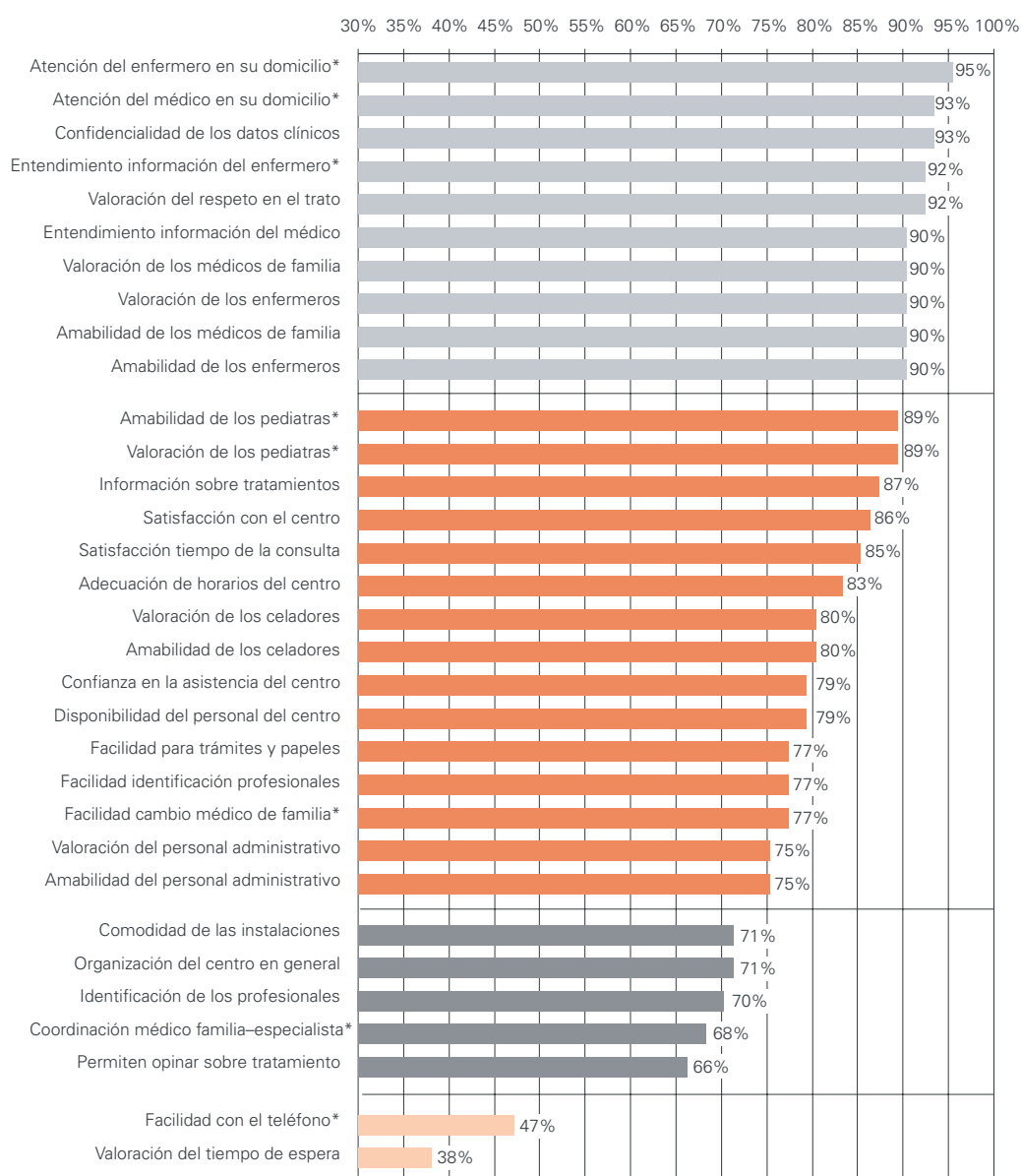
Lo primero que hay que resaltar es que los resultados de prácticamente todos los indicadores de satisfacción obtienen altas puntuaciones. Se puede decir, pues, que la satisfacción con la mayor parte de los aspectos de la Atención Primaria es alta, incluso cuando se toman como respuestas positivas sólo las que se expresan en este sentido, sin tener en cuenta los puntos intermedios. Para ilustrar esta tendencia se puede acudir a dos de las preguntas con mayor grado de generalidad: la satisfacción global con el centro y el grado de confianza en la asistencia. Respecto a la valoración global con el servicio recibido en el centro, una gran mayoría de los usuarios declaran estar satisfechos (67,5%) o muy satisfechos (18,25%), mientras que existe una escasa cantidad (5,9%) cuyas respuestas expresan una valoración negativa. En cuanto al grado de confianza en la atención recibida, los resultados son muy similares, con un 62,7% y un 15,9% de los usuarios que declaran tener mucha o bastante confianza. En esta misma línea se encuentran los resultados obtenidos en gran parte de las preguntas en las que se emplea la escala tipo Likert, que superan el 70% de satisfechos.

También hay que subrayar que las medidas son bastante homogéneas, en el sentido de que, cuando se observan las curvas a partir de un histograma, casi todas ellas son asimétricas a la izquierda y, del mismo modo, presentan un bajo nivel de dispersión. En suma, no existe una percepción muy desigual del sistema por parte de la población, en el sentido de que no hay una alta cantidad de respuestas acumuladas en el extremo contrario o en el punto intermedio, y tampoco existe una percepción desigual de las distintas partes del sistema, dado que los resultados de casi todos los indicadores son parecidos.

A pesar de que los resultados de la encuesta expresan generalmente una alta satisfacción con la Atención Primaria, se puede hacer una gradación de las cuestiones particulares incluidas en el cuestionario, en función del porcentaje de personas que emiten valoraciones positivas en las distintas preguntas.

Los aspectos que tienen la mayor valoración, con porcentajes de satisfechos superiores al 90%, son los referidos a la valoración de los profesionales y de la relación de éstos con los pacientes, junto a algunos aspectos referidos a la organización. En concreto, las cuestiones mejor valoradas se refieren a la atención del enfermero en el domicilio (95%) y del médico en el domicilio (93%), aunque en estos dos casos hay que tener en cuenta que las personas que responden son sólo las que han recibido atención en su propia casa.

La cuestión mejor valorada de entre las dirigidas al conjunto de los entrevistados es la confidencialidad de los datos clínicos, con un 93% de satisfechos. Por otra parte, los indicadores referidos a la valoración de los médicos y su amabilidad adquieren valores en torno o algo superiores al 90% de satisfechos. Del mismo modo, obtiene altas puntuaciones el entendimiento de la información que proporciona los enfermeros (92%) y el respeto que se tiene en el trato con los pacientes (92%).

Gráfico 2.1 Elementos evaluados en la encuesta de Atención Primaria, según porcentaje de usuarios satisfechos

Base general: casos válidos, exceptuando No sabe, No contesta o No procede.

* Pregunta filtrada (con casos que cumplen la condición en el filtro).

** Excepto en respuestas dicotómicas (porcentaje que responden sí) y medidas numéricas (media).

En un segundo grupo, con valores entre el 75% y 90% de satisfechos, se encuentran las cuestiones referidas a la satisfacción con el tiempo empleado en la consulta (85%), la confianza en la asistencia recibida en el centro (79%) y la facilidad para el cambio de médico de familia (77%).

El grupo de indicadores que obtienen un porcentaje de satisfacción inferior al 75%, corresponde a cuestiones que tienen que ver con aspectos puntuales de la situación de los centros y con cuestiones derivadas de la información proporcionada por los profesionales. La organización del centro en general y la comodidad de las instalaciones es valorada positivamente por el 71% de los entrevistados, mientras que la identificación de los profesionales obtiene un 70%. También se incluyen en este grupo el entendimiento de la información proporcionada por el médico (69%), la coordinación entre el médico general y el especialista (68%) y la posibilidad de opinar sobre el tratamiento (66%).

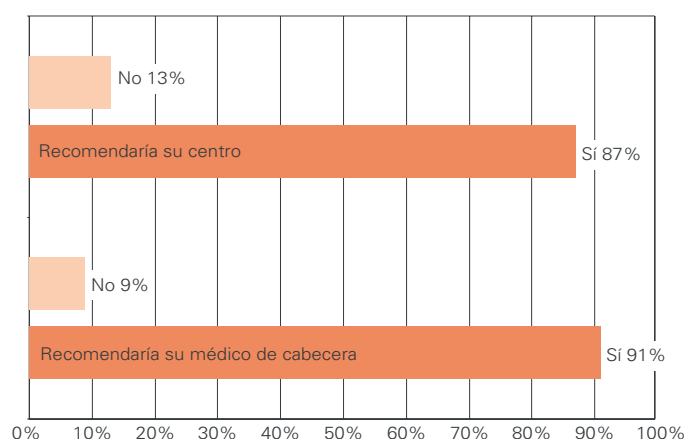
Por último, los indicadores que obtienen los menores niveles de satisfacción, inferior al 50% de los entrevistados, se refieren a la facilidad para el contacto telefónico con el centro (47%) y a la valoración del tiempo de espera hasta entrar en la consulta (38%).

El grado de fidelidad

Como resumen de las valoraciones emitidas en el cuestionario, se hicieron a los entrevistados dos preguntas dirigidas a indagar la fidelización de los usuarios hacia los centros y profesionales a los que habitualmente acuden. En concreto, se preguntó si estaban dispuestos a recomendar a un amigo o familiar tanto el médico de familia como el centro de salud al que están asignados.

Como resultado de las valoraciones anteriores, las respuestas a estas dos preguntas reflejan un alto grado de fidelidad al sistema de Atención Primaria. Un 80,5% de los entrevistados recomendaría al centro de salud o consultorio, mientras que la cantidad que recomendaría a su médico de familia asciende al 86,7% de los usuarios. A pesar de que los resultados arrojan una valoración positiva, cabe destacar que existe un mayor grado de fidelidad hacia el profesional que presta el servicio que al lugar o a la organización en que se realiza, lo cuál está en sintonía con las cuestiones en las que existe peor valoración, que normalmente tienen que ver con aspectos de la organización de los centros.

Gráfico 2.2 Grado de fidelidad de los usuarios

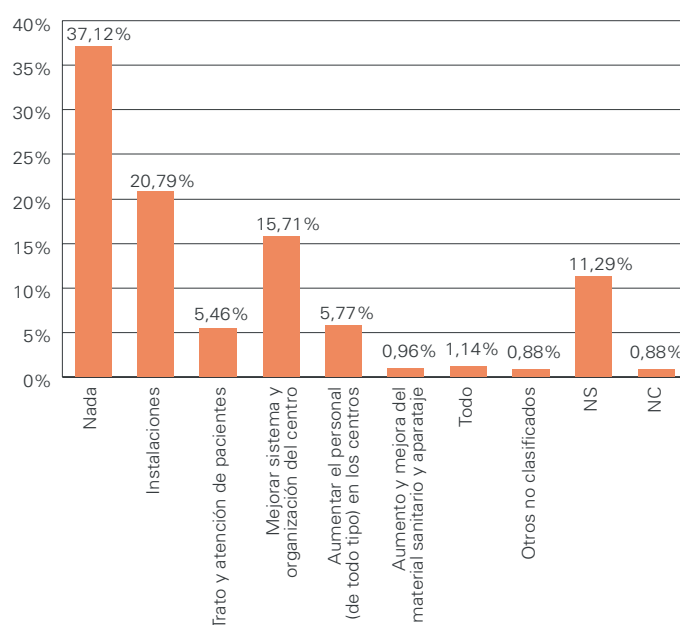


Las principales demandas en los centros

Además de los indicadores estandarizados, en el cuestionario se ha dado la oportunidad a los usuarios de expresar las mejoras principales que a su juicio deberían hacerse en los centros en los que son atendidos. Para ello, se ha incluido una pregunta abierta, que interrogaba sobre el aspecto principal que debería mejorarse en el centro de salud o consultorio. Ante la variedad de respuestas emitidas, se han agrupado de modo que sea posible percibir los aspectos generales en los que se expresan de forma espontánea las principales carencias, cuyos resultados se presentan en el gráfico 2.3.

Lo más relevante de los resultados observados es que existe una gran cantidad de usuarios que no consideran que haya ningún aspecto prioritario a mejorar, y que reúne al 37% de los entrevistados. Al contrario, también existe una reducida cantidad que expresa una opinión negativa, que se refleja en el escaso número de usuarios, un 1,4% que indican que hay que mejorar todos los aspectos del centro. Las mejoras expresadas de forma espontánea que reúnen el grupo más numeroso de respuestas se refieren a cuestiones relacionadas con las instalaciones y la comodidad de los centros, con un 20,9% de los usuarios. En segundo lugar, con un 15,7%, se encuentran las respuestas referidas al sistema de citas y organización del centro. Por último, las respuestas referidas al trato y atención a los pacientes y a la carencia de personal agrupan respectivamente a un 5% de los entrevistados.

Gráfico 2.3 Mejoras expresadas espontáneamente para el centro de salud



Además de los resultados descriptivos expuestos en este apartado, en el Anexo II se presentan los resultados de todas las preguntas incluidas en el cuestionario, cruzadas por las variables que son susceptibles de presentar influencias, y que corresponden a características sociodemográficas de los encuestados y a características organizativas de los cen-

tros. Acudiendo a estas tablas, es posible apreciar las diferencias más generales en las diversas categorías de usuarios. Concretamente, acudiendo a las características sociodemográficas de los usuarios, las mayores diferencias en variables individuales se observan en función de los grupos de edad, de modo que en los grupos de más edad existe una tendencia a valorar más positivamente casi todos los elementos del servicio. Por ejemplo, destacan las diferencias percibidas entre las personas mayores y los jóvenes en cuestiones como la confianza en la asistencia recibida, el respeto en el trato del personal o la disposición del personal para la atención, con diferencias en el porcentaje de satisfechos que se sitúan entre el 10 y el 20% para los grupos extremos de edad. El nivel de estudios también arroja diferencias relevantes, sobre todo entre los dos extremos, de modo que las personas sin estudios o con estudios primarios suelen tener una menor satisfacción que las personas con estudios superiores.

Del mismo modo, también se detectan diferencias provenientes del tipo de centro y del lugar en el que está situado. En los centros reconvertidos suele existir una mayor satisfacción que en los no reconvertidos y, dentro de los primeros, la satisfacción aumenta en los centros de salud respecto a los consultorios locales. En cuanto al tamaño de hábitat, influye en ciertas categorías, como son las localidades pequeñas y las grandes ciudades, donde existe una mejor valoración de la mayor parte de los aspectos que en las ciudades de tamaño intermedio.

Los resultados detallados presentados en el Anexo II permiten observar de manera intuitiva las diferencias en la satisfacción en función de las variables utilizadas, lo que permite identificar las grandes tendencias que influyen en la satisfacción. No obstante, el estudio de los factores condicionantes de la satisfacción se realiza de forma más detallada en los siguientes apartados, en los que se emplean técnicas estadísticas adecuadas a la naturaleza de los datos, que permiten indagar de forma exhaustiva la interrelación de las características de los usuarios y los centros y su distinto papel en la conformación de la percepción de los usuarios.

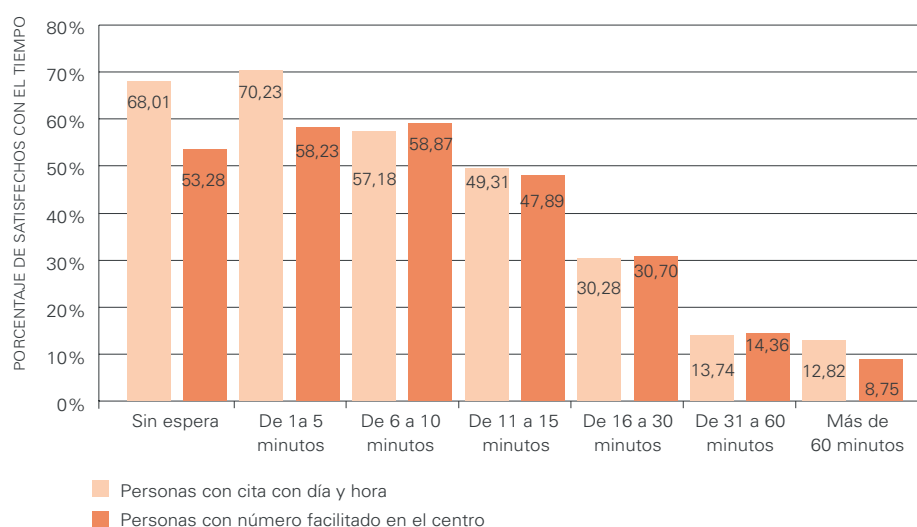
Los aspectos menos valorados

En la comparación entre los indicadores utilizados, debido a que en conjunto la satisfacción es muy alta con la mayoría de los aspectos del sistema, destaca la gran diferencia obtenida por un número de elementos reducidos, que pueden considerarse como las principales deficiencias organizativas en el conjunto de la Atención Primaria en Andalucía. Por ello, merece la pena centrarse más detenidamente en estos elementos, incorporando algún análisis adicional que permita esclarecer qué factores influyen en ello.

A) El tiempo de espera. La cuestión peor valorada de la Atención Primaria es el tiempo de espera hasta la entrada en la consulta, con sólo el 38% de usuarios satisfechos. El tiempo de espera para el conjunto de la atención primaria en la cita de referencia utilizada para la entrevista obtiene una media de 28 minutos. Como se aprecia en los datos incluidos en el Cuadro 2 del Anexo II, uno de los factores que reduce considerablemente este tiempo es el sistema de cita empleado, que desciende a 23,6 minutos en el sistema de cita previa y aumenta a 33 minutos en la modalidad tradicional de recogida de números para la consulta. Sin embargo, a pesar de las diferencias, la percepción del tiempo en los dos sistemas sigue siendo una de las cuestiones peor valoradas. Comparando este resultado con la valoración obtenida en la cuestión que tratamos, es posible acercarse al punto a

partir del cual se considera menos aceptable la espera. En el gráfico 2.4 se incluyen los porcentajes de satisfechos para los dos sistemas de cita, según los tramos en minutos empleados en la última cita. Como se puede observar, las diferencias en la valoración del tiempo son similares para ambos grupos, pero se produce un cambio sustancial conforme disminuye el tiempo empleado. Los porcentajes de satisfacción más cercanos a la media de la encuesta se encuentran en el tramo situado entre los 16 y 30 minutos, con un descenso drástico en los usuarios que esperan más de media hora. Por otra parte, se observa que la cantidad de usuarios satisfechos comienza a subir cuando el tiempo de espera desciende de los 15 minutos, pudiéndose considerar este tiempo como el punto que provoca un cambio importante en la satisfacción de los usuarios

Gráfico 2.4 Variación del porcentaje de satisfechos con el tiempo según los minutos de espera



B) Las citas telefónicas. El sistema de acceso también recibe valoraciones negativas, o menos positivas, en lo referido a las citas telefónicas, aunque un grupo importante de los usuarios que podrían utilizar el teléfono sigue fijando las citas personalmente yendo al centro. Cuando se observa la utilización del teléfono en función de los distintos tipos de centro, el 67% de los usuarios lo ha utilizado alguna vez en los centros de salud, mientras que esta cantidad desciende al 30% en los consultorios reconvertidos y en los centros no reconvertidos (ver Cuadro 2 en Anexo II). No obstante, la mayor parte de usuarios insatisfechos corresponden a los centros de salud, donde más se utiliza el teléfono para la concertación de cita, y donde el porcentaje de satisfechos se sitúa en el 39%. Este hecho indica que, a pesar de haberse implantado la gestión de citas por teléfono en la mayor parte de la red reconvertida, la experiencia de los usuarios refleja la saturación de líneas o la existencia de horarios reducidos en la atención al público. Paradójicamente, la satisfacción con el uso del teléfono suele ser alta en los centros en los que menos se utiliza, que corresponde a los consultorios no reconvertidos.

C) La opción de poder opinar sobre el tratamiento. Cuando se pregunta si se permite dar la opinión sobre los tratamientos recibidos en el centro, las respuestas expresan una de las valoraciones más bajas entre el conjunto de aspectos que se valoran. No

obstante, los resultados de la pregunta pueden interpretarse de dos maneras, por lo que conviene comentarlas brevemente. En primer lugar, existe una 16,9% de personas que piensan que no deben opinar sobre los tratamientos que reciben, lo cuál indica que el grupo de usuarios que se considera incompetente para tener cierta participación en el proceso de salud es reducido. Dado que esta cantidad desciende conforme se baja en los tramos de edad, es posible suponer que en el futuro se incremente la demanda de una mayor participación de los usuarios en la asistencia que reciben. Por otra parte, el factor que más depende de la valoración de la participación es la reconversión del centro en el que se recibe asistencia. El porcentaje de usuarios que valoran positivamente la posibilidad de incorporar su opinión es el 69% en la red reconvertida, mientras que desciende al 58% en la red no reconvertida.

2.2 Las relaciones entre los distintos componentes de la satisfacción con la Atención Primaria

Hasta ahora se ha presentado una visión general de la percepción que tienen los usuarios de los múltiples componentes de la prestación sanitaria en los centros de salud y consultorios. Se han delimitado las cuestiones sobre las que existe mejor y peor valoración, identificando los puntos fuertes y débiles del sistema. Sin embargo, es pertinente plantearse cuál de los aspectos mencionados tiene un papel más relevante en la conformación de las opiniones de los usuarios. En concreto, la pregunta que se plantea es la siguiente: ¿de los numerosos aspectos medidos, hay algunos que contribuyen más que otros a tener una determinada valoración de la atención primaria?

En este apartado se indaga sobre el peso que tiene la opinión sobre cada uno de los aspectos concretos del servicio en la formación de una opinión favorable o desfavorable sobre el centro sanitario en su conjunto. Es decir, se realiza un análisis dirigido a identificar en qué medida influyen los aspectos parciales sobre la valoración global de la asistencia. Para ello se ha ideado un procedimiento que consta de dos fases: identificar una medida que dé cuenta de la percepción general de la prestación sanitaria que se presta en un centro y, posteriormente, aplicar técnicas de análisis que indiquen en qué grado cada uno de los aspectos que se ha valorado incide en la opinión general.

La primera operación, por tanto, consiste en identificar una variable independiente que recoja información relevante sobre las opiniones de los usuarios, sobre la que sea posible indagar la influencia del resto de los elementos. Para la elección de esta variable sobre la que realizar las observaciones, se ha realizado una ponderación de las respuestas emitidas, eligiendo algunas de ellas como las más importantes, en el sentido de que recogen con mayor grado de generalidad la opinión. Por tanto, se asume que los usuarios son selectivos en su valoración y que no se puede suponer que todos los aspectos valorados tendrán el mismo peso en la opinión general con el servicio recibido.

En el cuestionario se incluyen tres preguntas que recogen con mayor generalidad la opinión de los usuarios. Estas son la satisfacción general con la asistencia recibida, el grado de confianza con los servicios y la recomendación del centro de salud a un amigo o familiar. Aunque se podría haber utilizado sólo una de ellas, en este caso se ha preferido utilizar las tres para disponer de mayor nivel de información, dado que el contenido de las preguntas utilizadas se puede considerar como un resumen de las percepciones de los usuarios. De este modo, se han resumido las tres preguntas en una sola variable a través de un proceso estadístico de reducción de datos mediante escalamiento óptimo, que se explica en el Anexo II.

El resultado es una variable de resumen que se interpreta como la valoración global que hace el usuario sobre el centro en el que ha recibido el servicio, y que se utiliza para estudiar las influencias que tienen sobre ella las valoraciones referidas a aspectos particulares de la satisfacción, tomadas de forma individual. En el análisis efectuado mediante regresión logística, resulta un modelo de explicación de la satisfacción global cuya interpretación más inmediata se obtiene a través de la importancia de cada una de las variables particulares, traducida a valores porcentuales.

Cuadro 2.2 Importancia y correlación de cada variable en el modelo explicativo de la satisfacción global

	Importancia	Correlación	Beta
Servicio	10,70		
Mejoras que se pueden realizar	1,10	0,18	0,04
Carencias en el centro	1,00	0,13	0,04
Tiempo empleado en la consulta	8,60	0,46	0,11
Tratamiento técnico	5,60		
Información sobre tratamientos	3,60	0,42	0,05
Posibilidad de opinar sobre tratamientos	2,00	0,34	0,03
Recursos humanos	46,90		
Respeto del personal	7,30	0,46	0,09
Disponibilidad del personal para la escucha	7,00	0,46	0,09
Valoración del médico general	21,00	0,54	0,22
Entendimiento de la información que da el médico	4,30	0,42	0,06
Entendimiento de la información que da el enfermero	2,30	0,24	0,06
Valoración del pediatra	1,60	0,18	0,05
Valoración de los enfermeros	1,50	0,28	0,03
Valoración de los administrativos	1,00	0,19	0,03
Valoración de los celadores	0,80	0,22	0,02
Amenidades	4,8	0,33	0,08
Sistema organizativo	32		
Valoración genérica	17,70	0,52	0,19
Confidencialidad de los datos clínicos	2,50	0,30	0,05
Satisfacción con los horarios	1,80	0,28	0,04
Valoración de la identificación del personal	1,70	0,24	0,04
Tiempo de espera	3,20	0,27	0,07
Facilidad con los trámites y papeles	3,80	0,32	0,07
Facilidad con el teléfono	0,80	0,17	0,03
Obtención de cita o número en día deseado y atención en el mismo	0,50	-0,11	-0,03

De la observación de los resultados generales del análisis, que se presentan en el Cuadro 2.2, el primer hecho que hay que resaltar es que existen dos cuestiones que tienen un peso importante en la conformación de la satisfacción con un centro.

La primera de ellas es la valoración del médico de familia. Este aspecto tiene el 21% de la importancia en el modelo de explicación de la valoración global. Este dato refleja el papel fundamental que ocupa el personal que atiende a los usuarios, de forma que la percepción que se tenga del médico que atiende habitualmente es lo que más influye en la valoración general de la asistencia sanitaria prestada en un centro.

Además, hay que tener en cuenta el peso importante que también tienen otras variables relacionadas con los recursos humanos: el respeto en el trato del personal y la disponibilidad del personal del centro para escuchar al paciente tienen cada una el 7% de la importancia, y el entendimiento de la información que da el médico arroja un valor del 4%. Aunque estas cuestiones son menos importantes en sí mismas que la valoración del médico, hay que destacar que sólo 4 de los elementos relacionados con los recursos humanos suman un 40% de la importancia en el modelo explicativo de la valoración global del centro, y que la totalidad de los elementos referidos a los recursos humanos alcanzan un 46,9%.

La interpretación de estos datos sugiere la hipótesis de que el usuario que tenga una buena opinión de su médico general y al mismo tiempo perciba un trato correcto, una buena información y una buena disposición del personal tenderá a estar satisfecho con la Atención Primaria, ya que estos son los factores que, por sí mismos, garantizan una parte importante de la satisfacción con el servicio. Nótese que, a pesar de la gran cantidad de indicadores incluidos, la mayoría de ellos obtienen unos valores muy por debajo de los anteriores, de modo que, aunque puedan ser considerados importantes en sí mismos, se puede decir que de forma desagregada tienen una escasa influencia.

No obstante, hay que hacer mención a otros factores que también obtienen un importante peso en el modelo. Uno de ellos es la valoración de la organización general del centro, que por sí sólo reúne el 17,7% de la importancia. Teniendo en cuenta el contenido original de la pregunta, se puede interpretar que un factor importante para los usuarios es la percepción externa del funcionamiento general del centro. Por último, otro de los factores que tiene una importancia relativa es el tiempo empleado en la consulta, que obtiene un 8,6% de la importancia.

A partir de los datos anteriores se puede realizar una caracterización de los factores o combinaciones de factores que, según el modelo calculado, favorecen el tener un alto nivel de satisfacción con el conjunto de la atención primaria. Más concretamente, el esfuerzo en la mejora del servicio que presentaría unos mejores resultados en el aumento del nivel de satisfacción puede resumirse en una cantidad reducida de factores. Se puede sostener que un alto nivel de satisfacción es una combinación entre la percepción del médico de familia el trato y disponibilidad del personal, la organización del centro y el empleo del tiempo suficiente en la consulta cuando el usuario es atendido, cuestiones que suman casi las tres cuartas partes de la importancia en la satisfacción global.

Ello no quiere decir que el resto de cuestiones no sean importantes en sí mismas. Únicamente se sostiene que, a la luz de los datos manejados, existen aspectos parciales que tienen muy escasa influencia en la percepción global de los centros, y que sería necesaria una combinación de un gran número de factores que diese un resultado similar al mencionado anteriormente. Por ejemplo, a pesar de ser cuestiones relevantes desde el punto de vista organizativo, la satisfacción con los horarios, la identificación del personal o la confidencialidad de los datos clínicos, sólo suponen valores inferiores al 2,5% de la importancia, y la suma del resto de los 18 elementos incluidos en el modelo explican sólo el 30%.

¿Por qué son los recursos humanos, y particularmente los médicos, lo que más contribuye a la satisfacción? En la prestación sanitaria el contacto del usuario no se realiza con el sistema en sí, ni siquiera con una parte del sistema, el contacto se realiza a través del profesional que lo atiende directamente. La percepción del funcionamiento del sistema, el

grado de confianza, la información que logra retener y, por tanto, las consecuencias para las mejoras para la salud desde el punto de vista del usuario se concentran en un número reducido de personas, teniendo un especial papel el médico general o pediatra en el caso de la Atención Primaria. Teniendo en cuenta la dificultad de la mayor parte de la población para percibir cuestiones médicas o aspectos técnicos sobre el funcionamiento de los centros, uno de los criterios para calificar el sistema como bueno es el resultado de su relación con los profesionales, no tanto por su capacidad objetiva como profesional, sino por el trato y la disposición personal en la atención. De este modo, la explicación de que la satisfacción con el médico sea el factor que más influye en la satisfacción global tiene que ver con el hecho de que el médico es considerado el principal interlocutor entre el paciente y el servicio de salud.

Por otra parte, cabe hacer alguna matización sobre la contribución de los médicos respecto a la que se observa en otros tipos de trabajadores. Para los usuarios es difícil distinguir entre los profesionales sanitarios, a no ser que se les conozca personalmente o que sepan interpretar claramente sus uniformes o etiquetas identificativas. De esta forma, el hecho médico se considera como perteneciente al colectivo de los médicos, no sabiéndose delimitar con claridad el papel y las responsabilidades del resto de los profesionales. Además, hay que añadir que existe un problema de carácter metodológico que influye en los resultados del análisis. Debido a que los contactos con enfermería y otros profesionales son menos frecuentes que los contactos con los médicos, una gran cantidad de usuarios no tienen elementos de juicio para valorar a aquellos profesionales, lo cuál resulta en una contribución estadística menor de estas variables en el procedimiento que se ha calculado.

2.3 Los factores condicionantes de la satisfacción

En el apartado anterior se han expuesto las influencias que corresponden a factores “internos” al instrumento utilizado. Es decir, se han obtenido opiniones sobre una amplia gama de factores relacionados con el servicio sanitario y se han identificado cuáles de ellos tienen más o menos peso en la formación de una opinión general sobre el mismo.

En este apartado, los objetivos del análisis se dirigen a indagar qué factores “externos” influyen en los niveles de satisfacción obtenidos en la encuesta de Atención Primaria. Se entiende aquí por factores externos ciertas características de los usuarios y de los centros en los que han sido atendidos, útiles para indagar en qué medida difiere la satisfacción expresada en función del tipo de persona que recibe el servicio y el tipo de lugar en el que este ha sido prestado.

Uno de los problemas previos a resolver para realizar este análisis es la decisión de qué tipos de datos se van a utilizar. Como se ha dicho, existe una gran cantidad de aspectos que pueden incorporarse a este análisis, tantos que resultan excesivos para poder contemplarlos en profundidad. A ello hay que añadir que, como se ha visto, la opinión expresada es bastante homogénea en la mayor parte de las variables, por lo que la reiteración de análisis dirigidos a indagar causas que influyen en cada una de las preguntas por separado ofrece unos resultados muy similares.

Por ello, creemos que lo más útil es trabajar sobre medidas sintéticas que agrupen información referida a una dimensión general. Por otra parte, dado que en los anexos se incluye la tabulación de la relación completa de las variables originales, se puede acudir a ella para realizar observaciones sobre aspectos particulares que el lector considere de interés.

Cuadro 2.3 Relación de indicadores en cada dimensión

Satisfacción global		
P2– Satisfacción hacia el servicio prestado por el centro		
P43– Recomendación del centro		
P15– Grado de confianza en la asistencia prestada por el centro		
Satisfacción parcial		
Dimensión	Aspecto medido	Preguntas en el cuestionario
Servicio	Mejoras que se pueden realizar	P40
	Carencias en el centro	P41–P42
	Tiempo empleado en la consulta	P10
Tratamiento técnico	Información sobre el tratamiento	P26
	Posibilidad de opinar sobre los tratamientos	P27
Recursos humanos	Respeto del personal	P22
	Disponibilidad del personal del centro para la escucha	P23
	Valoración del médico de cabecera	P24_1, P25_1, P44
	Entendimiento de la información que da el médico	P12
	Valoración del pediatra	P24_2, P25_2
	Valoración de los enfermeros	P24_3, P25_3
	Entendimiento de la información que da el enfermero	P14
	Valoración de los administrativos	P24_4, P25_4
Amenidades	Valoración de los celadores	P24_5, P25_5
	Comodidad de las instalaciones	P7
Sistema organizativo	Valoración genérica	P20
	Tiempo de espera	P6
	Confidencialidad de los datos clínicos	P21
	Satisfacción con los horarios	P11
	Valoración de la identificación del personal	P8, P9
	Facilidad con los trámites y papeles	P5
	Facilidad con el teléfono	P4
Obtención de cita o número para el día deseado y atención en el mismo		P32, P33, P35, P36

Respecto a la obtención de medidas sintéticas, se utiliza un índice sintético de satisfacción global y un índice de satisfacción para cada una de las dimensiones en las que se han clasificado las variables, cuya construcción se especifica detenidamente en el Anexo II.

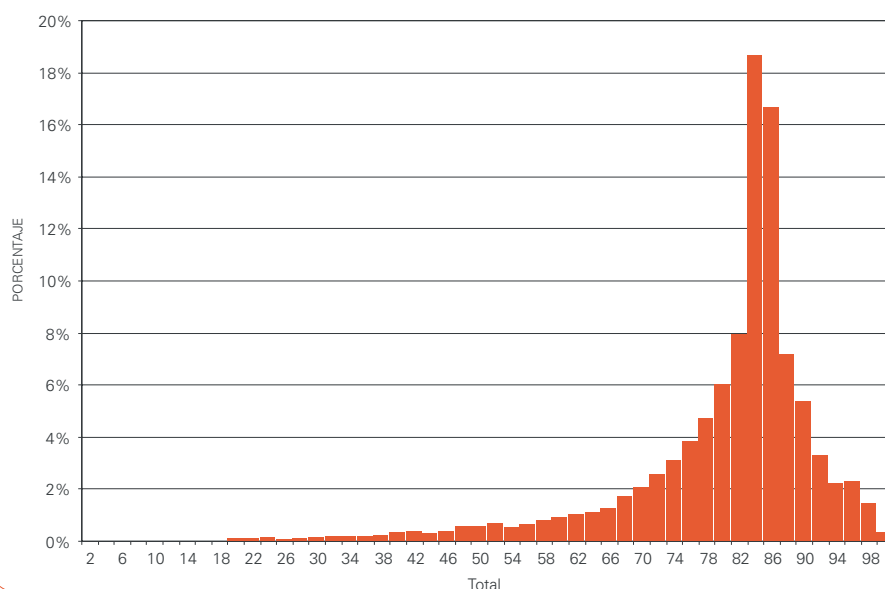
En concreto, el índice sintético de satisfacción global se ha construido haciendo un promedio entre la reducción de datos realizada en el apartado anterior con las preguntas que expresaban un mayor grado de generalidad y el modelo construido con las variables de satisfacción parcial. Este índice sintético toma valores de 0 a 100, siendo 100 la satisfacción máxima y 0 la satisfacción mínima —los dos extremos corresponderían respectivamente a una persona que hubiese respondido que está muy satisfecha o muy insatisfecha en todas las preguntas—.

Respecto a los índices de satisfacción parcial, se han obtenido de forma similar, pero teniendo en cuenta las variables correspondientes a cada dimensión. En concreto, se han agrupado el resto de las preguntas del cuestionario referidas a aspectos parciales del servicio y que, por su contenido, se podrían interpretar como correspondientes a una dimensión general del servicio sanitario. En concreto, las variables se han agrupado en las cinco dimensiones siguientes (cuadro 2.3):

- Servicio: incluyen las mejoras que se deben de realizar en los centros, las carencias de los centros y el tiempo empleado en la consulta. Se interpreta como los aspectos objetivos del servicio asistencial ofrecido por el centro.
- Tratamiento técnico: incluye la opinión del usuario respecto al tratamiento particular de su problema de salud.
- Recursos humanos: incluye todas las preguntas que se refieren a la valoración general del personal, la valoración de la amabilidad y respeto en el trato, y la comunicación entre pacientes y profesionales.
- Amenidades: incluye las preguntas que se refieren a aspectos generales de la comodidad de las instalaciones del centro.
- Sistema organizativo: incluye las cuestiones que tienen que ver con la relación del usuario con el centro, independientes del acto médico, que pueden verse afectadas por el funcionamiento del mismo.

En el gráfico 2.5 se presenta el histograma obtenido para el índice de satisfacción global, y en el cuadro 2.4 se presentan los principales estadísticos del resto de los índices.

Gráfico 2.5 Histograma del índice de satisfacción global



Cuadro 2.4 Principales características de los indicadores global y parciales

	Media	Mediana	Moda
Satisfacción global	79,06	82,83	84,24
Amenidades	76,77	83,39	83,39
Sistema organizativo	74,61	79,24	82,16
Recursos humanos	85,97	88,52	88,52
Servicios	79,10	79,91	84,08
Tratamiento técnico	73,51	76,84	76,84

Una vez que se han calculado los índices de resumen, se han tomado como variables dependientes, utilizando de nuevo modelos de regresión que permiten establecer las influencias provenientes de las características de los usuarios y de algunas características de los centros.

Debido a que el indicador de satisfacción global es el que muestra una mayor generalidad, se dedica un apartado a comentar las influencias más en detalle. Respecto al resto de indicadores, se ha preferido mostrar la influencia de cada una de los predictores y las diferencias observadas entre categorías teniendo en cuenta las tendencias generales, haciendo mención específica a las particularidades que aparecen en alguna de las dimensiones.

Las influencias en la satisfacción global

La edad es el factor que más influye en la satisfacción global, de forma que su importancia en las variables incluidas en el modelo asciende al 73,4%. Así, la satisfacción media de una persona mayor de 62 años es de 3,2 puntos superior a la media de todos los usuarios, existiendo una diferencia entre mayores y jóvenes de 6,1 puntos.

La otra característica que influye en la satisfacción es el nivel de estudios, con una importancia del 6,3%. Sin embargo, las diferencias en satisfacción tan sólo se presentan entre ciertos grupos: los que tienen estudios de FP o universitarios, y sobre todo los universitarios superiores, alcanzando estos una puntuación de 2,4 inferior a la media. Finalmente, la tercera característica de los usuarios que muestra alguna influencia es la situación laboral, aunque es muy reducida.

Para ilustrar estos resultados, en el gráfico 2.6 se pueden observar las puntuaciones para algunos grupos característicos de usuarios. En concreto, los jóvenes universitarios son el grupo menos satisfecho (72,4) y los mayores de 62 años con bajo nivel de estudios y amas de casa son el grupo que presenta mayor satisfacción (83,3), existiendo entre ambos extremos un continuo definido por la edad. Por otra parte, una traducción de estos valores a porcentajes de satisfacción se puede apreciar acudiendo a la observación por separado de una de las variables que tienen un mayor peso en la construcción del índice de satisfacción global, como es la satisfacción general con el centro, que se presenta en el gráfico 2.8. En este caso, se puede apreciar mejor el significado de la medida utilizada para el cálculo de las influencias teniendo en cuenta que el primero de los grupos mencionados tiene un 70,4% de satisfechos con el centro en general, mientras que en el segundo de los grupos la cantidad de satisfechos aumenta al 93,8%.

Acudiendo a las características de los centros, dos son los factores que presentan alguna influencia en la satisfacción global: el tipo de centro y el tamaño de hábitat en el que se encuentra, con una importancia similar en el modelo. Considerando el hábitat en primer lugar, los usuarios que acuden a centros situados en poblaciones que tienen entre 20.000 y 100.000 habitantes son los más descontentos, con una puntuación de 1,5 puntos inferior a la media, independientemente del resto de circunstancias, ya que se han eliminado los efectos del resto de las variables. En cuando a los tipos de centro, se aprecian menores valores en los centros no reconvertidos, con una satisfacción dos puntos inferior a la media.

Uniendo ambas clasificaciones, en el gráfico 2.7 se puede observar que los centros no reconvertidos situados en ciudades entre 20.000 y 100.000 habitantes alcanzan una valoración global de 75,7 puntos, mientras que los centros reconvertidos situados en ciudades mayores de 100.000 habitantes aumentan la valoración al 80,8.

Gráfico 2.6 Índice de satisfacción global. Puntuaciones para grupos específicos de usuarios

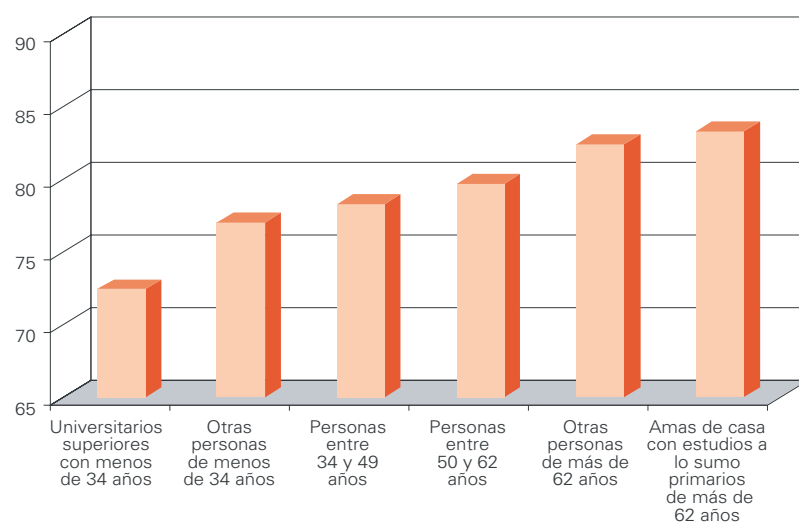


Gráfico 2.7 Índice de satisfacción global. Puntuaciones para tipos de centro

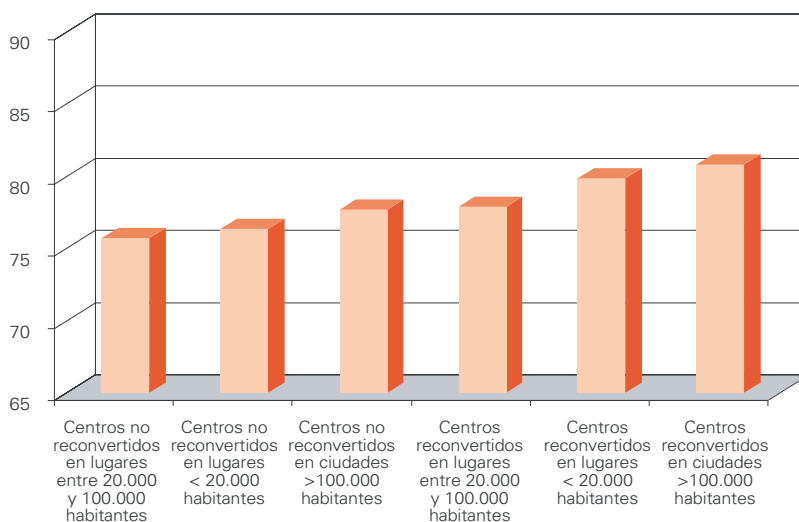


Gráfico 2.8 Porcentaje de satisfechos con el centro. Puntuaciones para grupos específicos de usuarios

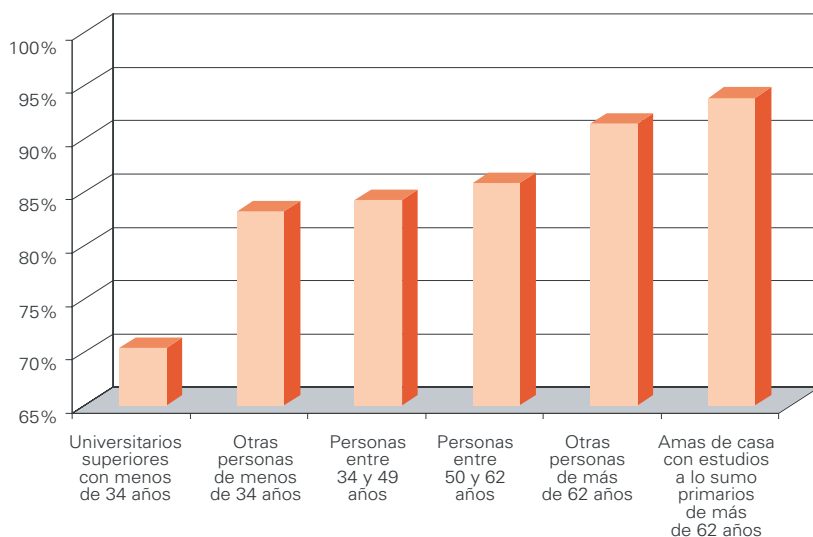
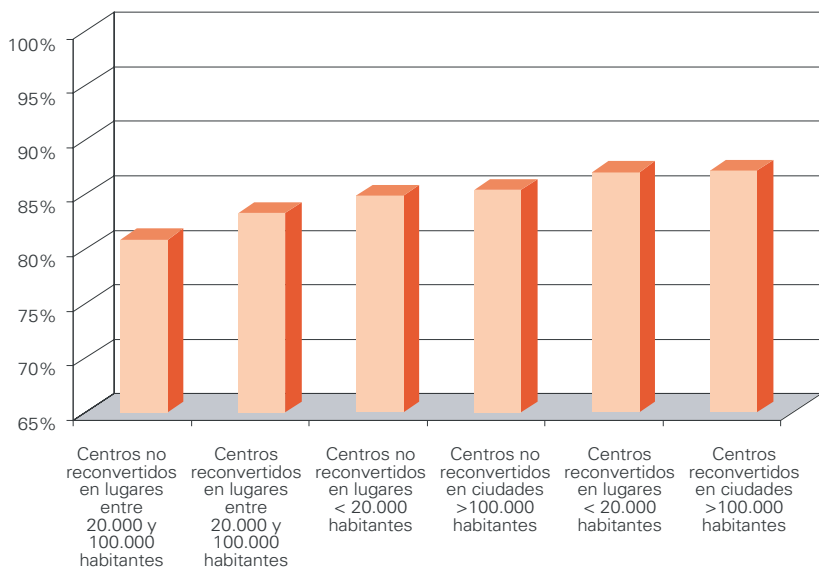


Gráfico 2.9 Porcentaje de satisfechos con el centro. Puntuaciones para tipos de centro



Las influencias en la satisfacción con aspectos parciales

Debido a que las influencias son bastante homogéneas, sobre todo en lo referido a las características de los usuarios, en el siguiente apartado se resaltan las tendencias generales observadas, haciendo referencia a las especificidades que ocurren en alguna de las dimensiones.

A Influencias provenientes de las características de los usuarios

En primer lugar, hay que resaltar que hay una serie de características de los usuarios que prácticamente no influyen en ninguno de los aspectos que se han medido, como son el sexo, la ocupación y el nivel de ingresos, y que por ello no aparecen en los resultados que se exponen. Las características que han mostrado influencias se refieren a la edad, el nivel de estudios y la situación laboral de los usuarios.

Edad

La edad de los usuarios es el factor que más influye en la satisfacción con la atención primaria, llegando a esta conclusión tanto a través de la observación de las tablas en la que se presentan los resultados originales, como a través de los procedimientos de análisis multivariante empleados, en los que se aísla la influencia de este elemento de otras características sociales y organizativas de los centros.

En los modelos de regresión efectuados para cada una de las medidas sintéticas de satisfacción, la edad de los usuarios es el factor con más importancia explicativa. En concreto, el 73% en la satisfacción con el tratamiento técnico, y entre el 50 y el 60% en el resto de las dimensiones. Únicamente existe una cuestión en la que la edad no presenta influencias relevantes, que es la comodidad de las instalaciones de los centros.

Independientemente del tipo de prestación recibida, existe una relación directamente proporcional entre tener más edad y estar más satisfecho con la atención recibida. Como se puede observar en los gráficos de perfil incluidos en el anexo, existen más de 5 puntos de diferencia entre los menores de 26 años y los mayores de 62 años en todos los indicadores de resumen. Por ejemplo, en el caso de la valoración del servicio, el ser mayor de 62 años supone aumentar en más de 4 puntos la media de valoración con esta dimensión. Por otra parte, acudiendo a las preguntas que componen esta dimensión, incluidas en las tablas de contingencia, observamos como la cantidad de satisfechos con la confianza en la asistencia recibida en el centro varía entre el 70% para los menores de 30 años y el 90% para los mayores de 65, diferencia que se repite en la mayor parte de los casos.

Esta tendencia se repite en todas las cuestiones analizadas, exceptuando la valoración de las amenidades, en que la edad, a pesar de tener cierta influencia, no es lo que tiene el mayor peso explicativo. Se puede pues sostener que la edad es un factor estructural en la valoración de los servicios, que opera independientemente de otras características relacionadas con el tipo de prestación o el lugar en el que se ofrece.

Estos datos son congruentes con otros sobre la satisfacción de la población andaluza con distintas políticas públicas (Moyano, E. y Pérez Yruela, M (coord.) (1999), en los que se ha puesto de manifiesto la influencia de la edad en los niveles de satisfacción. Ello parece deberse a las distintas expectativas y experiencias que se tienen según la generación a la que se pertenece. Las personas mayores son las que han percibido y experimentado con

más intensidad los cambios tanto en la sanidad como en otras políticas sociales, simplemente porque han vivido lo suficiente para poder comparar la actual situación con la existente en épocas pasadas. Además, los cambios en la sanidad han sido uno de los cambios fundamentales en el estado del bienestar en nuestro país, y son más directamente percibidos por las personas mayores debido a la frecuencia de su uso.

Por otra parte, la opinión no es sólo positiva respecto al cambio, sino respecto a la situación actual, en tanto que supone la existencia de una prestación sanitaria frente a la inexistencia de ella a lo largo de la mayor parte de su vida, prestación que ahora se ofrece al lado de sus residencias o, en caso contrario, para la que existen posibilidades de transporte especializado sufragado por el sistema de salud. Además, hay que tener en cuenta que las personas mayores son en cierta forma “usuarios preferentes”, debido a que reciben toda la asistencia de forma totalmente gratuita, como por ejemplo el consumo de medicamentos, y muchos de los programas de salud van dirigidos a mayoritariamente a ellos, como por ejemplo los programas de control de diabéticos.

Nivel de estudios y situación laboral

Otro de los factores que influye en los niveles de satisfacción es el nivel de estudios de los usuarios. En concreto, existe una tendencia a que las personas con un menor nivel de estudios muestren una mayor satisfacción, y viceversa. La influencia principal se muestra sobre todo en las personas con estudios de nivel universitario, en los que aumenta drásticamente el nivel de usuarios insatisfechos.

En este caso hay que tener en cuenta que los estudios son una de las variables fundamentales en la definición del estatus social, dado que existe una relación estrecha entre los estudios de los que se dispone, el trabajo que se desempeña y la posición económica, que a su vez tiene que ver también con cuestiones como el lugar de residencia y las relaciones sociales. De esta forma, es posible relacionar el nivel de estudios con las expectativas y, por tanto, con el nivel de exigencias que se plantean a los servicios sanitarios. Menor nivel de estudios conlleva menores expectativas, lo que se traduce en menores críticas a la situación percibida en el sistema de salud.

En cuanto a la situación laboral, los trabajadores, parados y jubilados que han trabajado anteriormente son los más insatisfechos, de forma opuesta a los estudiantes, las personas que se dedican sólo a las tareas del hogar y los jubilados que no han trabajado antes. Respecto a las personas de edad avanzada en situación de inactivos, hay que resaltar que aquí aparece una diferencia cuando se eliminan los efectos de la edad, que es la que se produce entre los que trabajaron anteriormente respecto a las personas inactivas que no trabajaron con cotización personal previa.

Una forma más clara de mostrar cómo influyen las características de los usuarios es utilizando la propiedad aditiva de los resultados presentados en los análisis, es decir, teniendo en cuenta las diferencias producidas por la agregación de varias características, que dan lugar a perfiles de usuarios que muestran pautas diferentes en la valoración de los distintos aspectos. En los gráficos que se adjuntan se han seleccionado los grupos de usuarios que por sus características presentan diferencias más relevantes en cada una de las dimensiones.

Las influencias presentan una gran homogeneidad para las cinco dimensiones presentadas, debido a que en todas ellas los grupos que expresan mayor y menor satisfacción corresponden a sujetos similares. El extremo de menor satisfacción lo presentan las personas en tramos de edad inferiores a los 37 años, que poseen estudios superiores. Por otra parte, el extremo de mayor satisfacción lo representan los mayores de 62 años, con estudios primarios y, sobre todo, las amas de casa y los pensionistas con pensiones no contributivas.

Gráfico 2.10 Satisfacción con los recursos humanos. Puntuaciones según grupos de usuarios

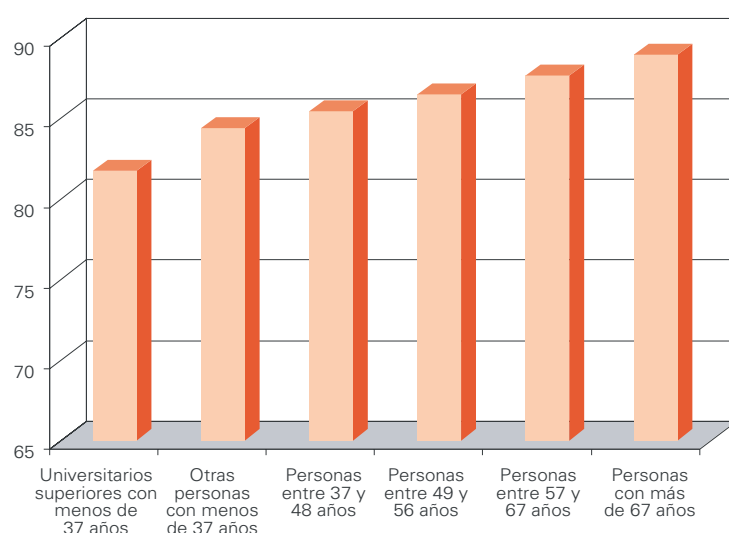


Gráfico 2.11 Satisfacción con el servicio. Puntuaciones según grupos de usuarios

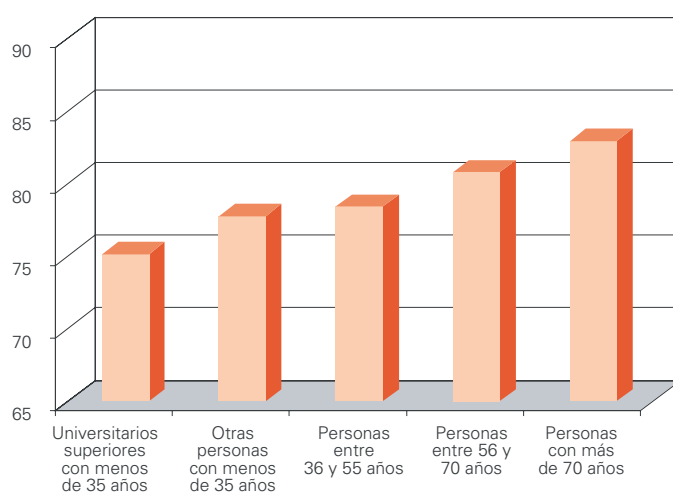


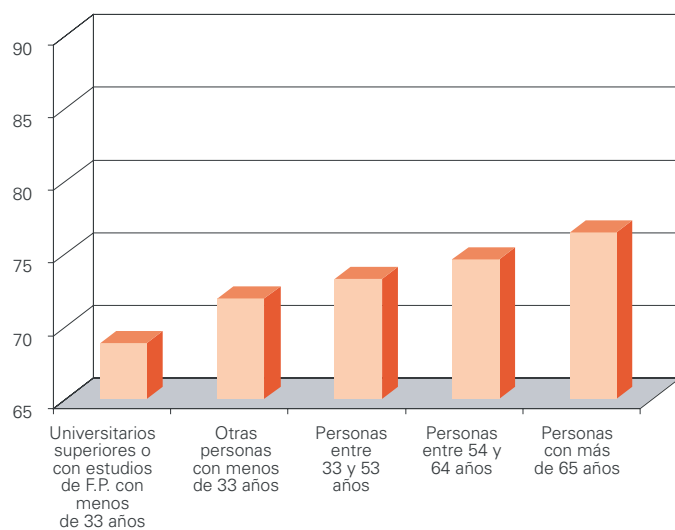
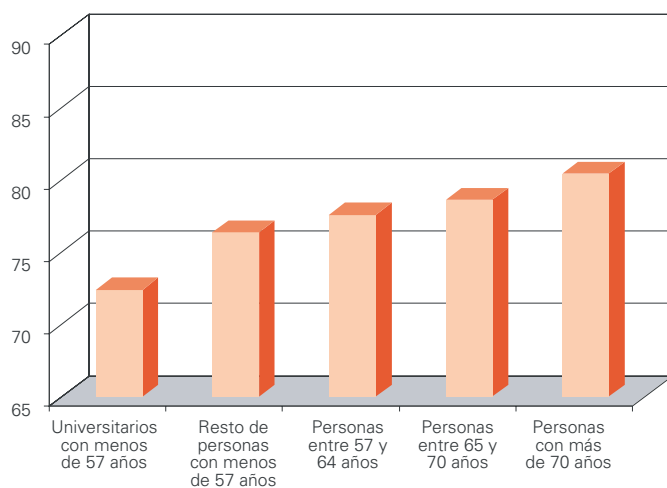
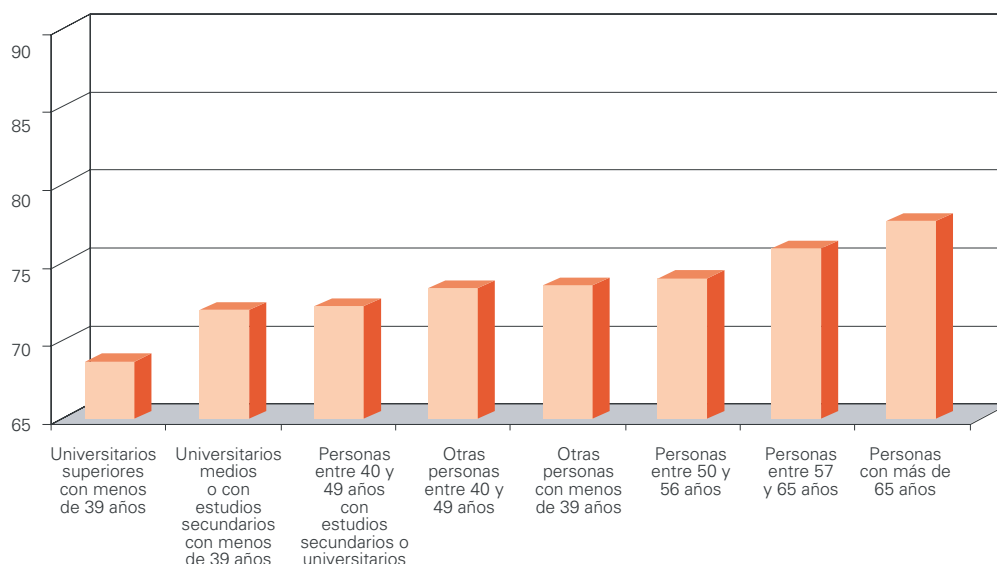
Gráfico 2.12 Satisfacción con el tratamiento técnico. Puntuaciones según grupos de usuarios**Gráfico 2.13 Satisfacción con las amenidades. Puntuaciones según grupos de usuarios**

Gráfico 2.14 Satisfacción con el sistema organizativo. Puntuaciones según grupos de usuarios

B Influencias provenientes de las características de los centros

El tamaño de hábitat

El tamaño de la población en el que se encuentra el centro presenta una pauta común en la mayor parte de las cuestiones analizadas, observándose un descenso importante de la satisfacción en los centros situados en ciudades de tamaño medio, comprendidas entre los 20.000 y 100.000 habitantes, mientras que los niveles de satisfacción son similares en los municipios pequeños y las grandes ciudades. De nuevo, hay que recordar que se ha eliminado el efecto del resto de las variables. De otra forma, en las grandes ciudades la satisfacción sería inferior a la observada, dado que en ellas se concentran en mayor medida colectivos que presentan un menor nivel de satisfacción, como son personas jóvenes y con estudios altos.

No obstante, en uno de los aspectos en los que cambia la pauta es en el referido a los servicios prestados por el centro. En este caso, el nivel de satisfacción crece conforme aumenta el tamaño de la ciudad de residencia, presentándose los menores y mayores niveles de satisfacción en los municipios menores de 5.000 y en las ciudades mayores de 100.000 habitantes respectivamente.

Los resultados anteriores sugieren una explicación en la que intervienen varias cuestiones. Destaca el hecho de que los centros situados en los municipios pequeños no resulten peor valorados en cuestiones como los recursos humanos y el tratamiento técnico, a pesar de ser considerados los que ofrecen peores condiciones de servicio. Esto puede deberse a que en el ámbito rural la figura del médico adopta un lugar tradicional en la estructura social, que prácticamente ha desaparecido en otros ámbitos. En los pueblos,

la asistencia sanitaria gira en torno a la figura del médico, que habitualmente conoce a los pacientes y se ve implicado en su vida personal en mayor medida que en otros ámbitos, y que habitualmente concentra en su trabajo varias tareas asistenciales que son realizadas por otros profesionales en lugares en donde existen más recursos. Debido a que la valoración de médico de familia es lo que más influye en la satisfacción global con el servicio, esta cercanía del médico es la que puede explicar que en el nivel de satisfacción con los centros de los núcleos rurales influyan poco las condiciones de los centros.

Los tipos de centros

El tipo de centro es el factor organizativo que más influye en los diversos aspectos de la satisfacción. Aunque destaca especialmente en la dimensión de los recursos humanos, el tipo de centro contribuye con el 60% de la importancia en el modelo explicativo de la satisfacción global, mientras que en el resto de las dimensiones tiene importancias muy inferiores.

Existe una diferencia en la satisfacción que se observa en los centros de salud reconvertidos, que es mayor que la existente en los consultorios reconvertidos, y que a su vez supera a la existente en el resto de consultorios. Esta pauta se repite tanto en la satisfacción global, como en lo referido al tratamiento técnico, al servicio prestado por los centros, al sistema organizativo y a la comodidad de las instalaciones. Sin embargo, en lo referido a los recursos humanos, las diferencias se perciben sólo entre centros reconvertidos, que tienen una satisfacción similar en centros de salud y consultorios, y que es superior a la de los centros no reconvertidos.

Las diferencias que aparecen respecto a los tipos de centro son lógicas teniendo en cuenta los elementos que componen el proceso de reconversión de la Atención Primaria. Normalmente, los centros reconvertidos disponen de instalaciones más modernas, de mayor cantidad de personal, de mayor oferta de servicios y de un sistema organizativo que introduce modificaciones en el sistema de citas y en las consultas programadas, que repercuten favorablemente en los tiempos de espera de los usuarios. Así, se observan de forma inmediata diferencias en cuestiones puntuales. Por ejemplo, la comodidad de las instalaciones varía entre un 81% de satisfechos en centros de salud reconvertidos hasta un 52% en centros no reconvertidos. La satisfacción con el tiempo de espera es de un 40% en los centros reconvertidos frente a un 29% en los no reconvertidos.

Quizás el aspecto más relevante es la mejor valoración del personal, que es similar en todos los centros del sistema reconvertido. Esto puede reflejar, por un lado, una posible mejor dotación de personal. Por otro, puede reflejar un cambio cualitativo en las relaciones entre el personal y los usuarios, ya que en estos centros es en los que se ha introducido un modelo de gestión que hace partícipes a los trabajadores en la mejora de la calidad. Además, en estos centros están en marcha en mayor medida los programas de atención a colectivos específicos, tales como los dirigidos a enfermos crónicos, al seguimiento de niños sanos o al seguimiento de embarazadas, que dan lugar a un trato más personalizado con los pacientes.

La frecuentación

Una variable que influye en algunas dimensiones de la satisfacción es la frecuencia de uso del centro, que aquí se ha medido a partir del número de visitas efectuadas por el usuario en el último año.

La frecuentación influye de manera significativa en la satisfacción global y en la satisfacción con aspectos parciales como el tratamiento técnico, los recursos humanos y el sistema organizativo. La tendencia general es que la satisfacción aumenta conforme aumenta el número de veces que el usuario acude a la consulta, independientemente de las características del tipo de usuario o del tipo de centro. Incluso es posible fijar un punto que marca una inflexión en el aumento de la satisfacción, que se sitúa en las 11 visitas al año o, aproximadamente, 1 visita al mes.

Únicamente existe una dimensión en la que la influencia es inversa a la tendencia anterior. Se trata de la dimensión correspondiente al sistema organizativo. A pesar de que la importancia de la frecuentación no es muy alta en la construcción del modelo, la satisfacción con este aspecto disminuye conforme aumenta el número de veces que se acude al centro.

El hecho de que los usuarios que utilizan más el centro valoren mejor la mayor parte del servicio puede deberse a dos motivos. En primer lugar, cuando la mayor frecuentación va asociada a un peor estado de salud, los pacientes tienden a valorar más la efectividad o la solución de sus problemas personales que el proceso. Así, si la frecuencia de visitas supone una mejora de la calidad de vida de los pacientes, quedan relegados a un segundo plano otros problemas. En segundo lugar, la mayor frecuentación supone tener más y mejor conocimiento del sistema, con lo cual es posible tener una percepción más ajustada del funcionamiento de los centros, distinta a la que se basa sólo en aspectos externos, como la presión asistencial y la masificación de algunas consultas. Además, una mayor frecuentación supone un conocimiento personal más amplio y continuado de los profesionales, hecho que normalmente mejora la satisfacción.

El efecto de la frecuentación es ambivalente. Como se dijo antes, la satisfacción con los aspectos organizativos baja cuando aumenta el número de visitas. La frecuentación puede producir también efectos contrarios e igualmente plausibles a los expuestos en el párrafo anterior. Por ejemplo, estar expuestos durante mayor tiempo al funcionamiento del sistema organizativo y a los perjuicios que pueden derivar de ello, tales como la incomodidad de las esperas, el arreglo de papeles o los traslados desde el propio domicilio puede generar opiniones más críticas con la organización. También hay que tener en cuenta la posibilidad de que una mayor frecuentación ayude a conocer mejor la organización de los centros y, por tanto, a percibir mejor sus defectos.

En los gráficos siguientes se expone de nuevo un perfil de puntuaciones en las cinco dimensiones en función del tipo de centro y el tamaño de hábitat, que permite visualizar las influencias más relevantes. La valoración más homogénea corresponde a los recursos humanos, donde aparecen escasas diferencias para los centros reconvertidos y no reconvertidos en los distintos tamaños de hábitat. En las dimensiones relacionadas con los servicios disponibles en los centros y las amenidades, los menores niveles de satisfacción corresponden a los centros no reconvertidos situados en ciudades inferiores de 20.000 habitantes. En las dimensiones que tienen que ver con el tratamiento técnico y el sistema organizativo, el perfil de menor satisfacción corresponde igualmente a los centros no reconvertidos, situados en tamaños de hábitat medios entre 20.000 y 100.000 habitantes. Por otra parte, los perfiles de mayor satisfacción en casi todas las dimensiones se presentan en los centros reconvertidos en ciudades mayores de 100.000 habitantes.

Gráfico 2.15 Satisfacción con los recursos humanos. Puntuaciones según tipo de centro y hábitat

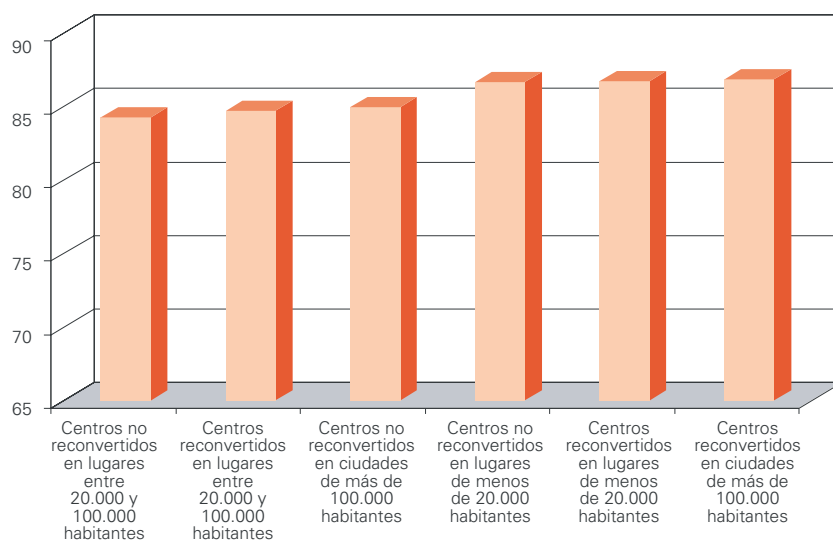


Gráfico 2.16 Satisfacción con el servicio. Puntuaciones según tipo de centro y hábitat

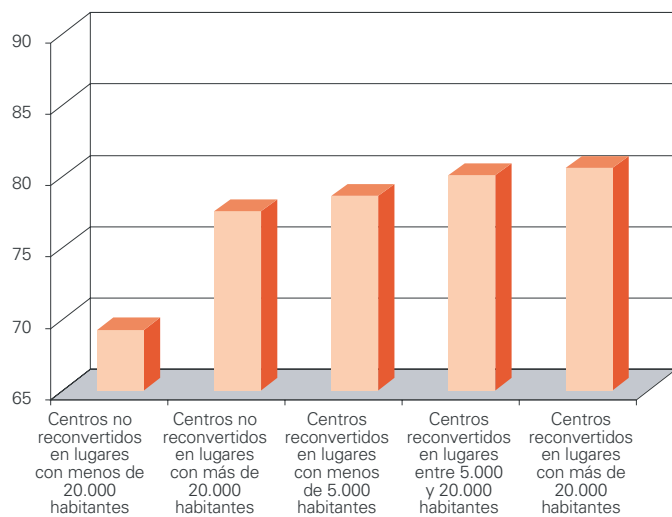


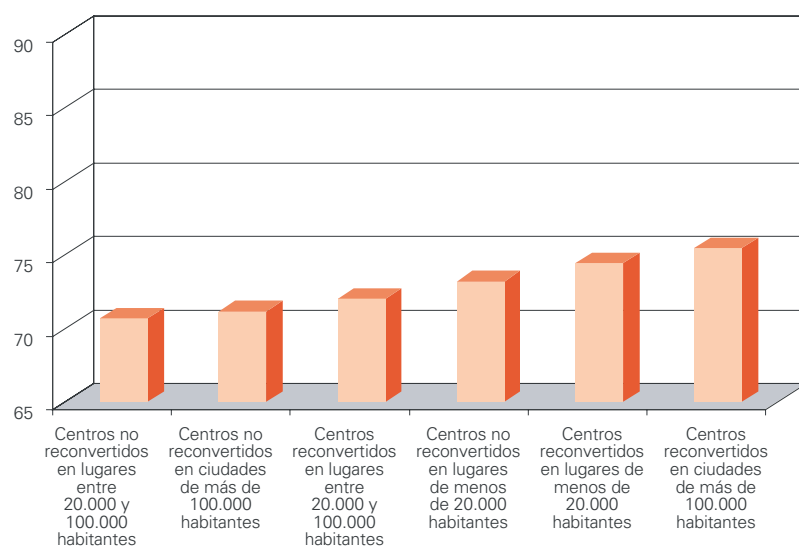
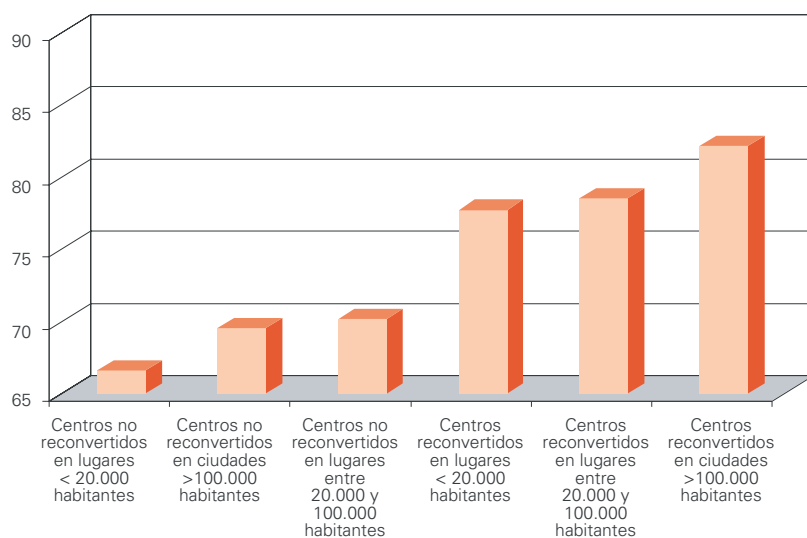
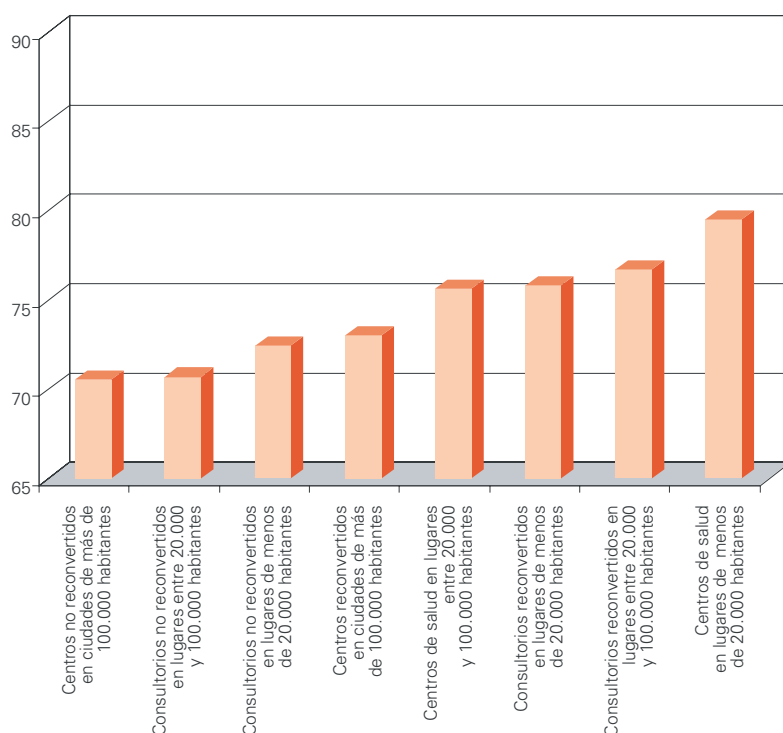
Gráfico 2.17 Satisfacción con el tratamiento técnico. Puntuaciones según tipo de centro y hábitat**Gráfico 2.18 Satisfacción con las amenidades. Puntuaciones según tipo de centro y hábitat**

Gráfico 2.19 Satisfacción con el sistema organizativo. Puntuaciones según tipo de centro y hábitat



2.4 Conclusiones

En lo que se refiere a la Encuesta de Satisfacción realizada entre los usuarios de Atención Primaria, y a la vista de los análisis y resultados que se han venido comentando a lo largo de las páginas anteriores, los hallazgos más relevantes pueden resumirse en los siguientes:

- 1** Los resultados generales de la encuesta indican un alto nivel de satisfacción en la mayor parte de aspectos de la Atención Primaria. Un 85,7% manifiesta estar satisfecho o muy satisfecho con la atención recibida en su centro de atención primaria. En las variables en las que se emplea la escala de satisfacción, un 36% de esas variables obtienen valores superiores al 90% de usuarios satisfechos y un 25% obtienen valores entre el 80 y el 90%. Del mismo modo, un 87% de los encuestados recomendaría su centro de salud o consultorio y un 91% recomendaría a su médico de familia.
- 2** Los aspectos específicos que obtienen mejor valoración son la atención domiciliaria realizada por médicos o enfermeros, la confidencialidad de los datos clínicos, el respeto en el trato recibido y la amabilidad de los médicos y enfermeros.
- 3** Los aspectos que obtienen peor valoración son el tiempo de espera en la consulta, la facilidad para el contacto telefónico con los centros y las posibilidades ofrecidas para opinar sobre el tratamiento.

- 4** En el cálculo del índice sintético de satisfacción, que recoge información contenida en la totalidad de las preguntas incluidas, la dimensión que más contribuye a la formación de la satisfacción es la referida a los recursos humanos, con un 46,9% de importancia, seguida del sistema organizativo con un 32%, el servicio prestado en el centro con un 10,7%, el tratamiento técnico con un 5,6%, y las amenidades con un 4,8%.
- 5** Destaca el importante papel de tres variables que, tomadas individualmente, tienen una alta importancia en la creación del índice sintético de satisfacción. Estas son las referidas a la valoración del médico general, 21 %, la valoración de la organización del centro, 17,7% y la valoración del tiempo de espera hasta la entrada en la consulta, 8,6%.
- 6** En el estudio de las influencias provenientes de factores externos a la encuesta, la mayor importancia la obtienen las características sociodemográficas de los usuarios, con un 79,5%, seguidas de las características del centro, con un 15,6%, y del tipo de relación del usuario con el centro, con un 4,8%.
- 7** La edad es el factor que más influye en la valoración de la Atención Primaria, existiendo una relación directamente proporcional entre la edad de los entrevistados y la existencia de mayores niveles de satisfacción. También existe relación entre el nivel de estudios de los usuarios y los diversos componentes de la satisfacción. Los mayores niveles de satisfacción se observan en las personas sin estudios y con estudios primarios, y los menores en los que tienen estudios universitarios medios y superiores.
- 8** Los centros que obtienen mayores niveles de satisfacción son los situados en los municipios con población inferior a 5.000 habitantes y en las ciudades con más de 100.000 habitantes. Los centros menos valorados son los situados en ciudades entre 20.000 y 100.000 habitantes. Del mismo modo, los centros de salud reconvertidos son los que obtienen unos mejores resultados, seguidos de los consultorios reconvertidos y los centros no reconvertidos.
- 9** Respecto al tipo de relación con el centro, existe una influencia de la frecuentación del centro con el grado de satisfacción obtenido, aumentando la satisfacción conforme aumenta el número de visitas. Los contactos que ofrecen unos mayores niveles de satisfacción son los referidos a médicos pediatras y enfermeros.

3. La valoración de la red de servicios de Atención Hospitalaria

Este capítulo se ocupa de la opinión de los usuarios sobre los servicios de Atención Hospitalaria. La estrategia de análisis y la forma de exposición de resultados es similar a la realizada en el capítulo dedicado a la Atención Primaria. En primer lugar, se presentan los resultados generales de la encuesta. En segundo lugar, se analiza el peso que tienen diversos aspectos parciales en la formación de la satisfacción general con los hospitales. Por último, se estudian las influencias más relevantes que tienen las características de los usuarios y los centros en los distintos aspectos de la satisfacción con los hospitales.

3.1 La valoración de la Atención Hospitalaria: visión general

Los contenidos de la encuesta de Atención Hospitalaria se han organizado siguiendo el criterio general ya expuesto en el planteamiento del estudio. Esto, estableciendo una batería de preguntas que permitiese tener en cuenta la mayor parte de los aspectos que afectan a la relación de un paciente con el centro en el proceso de hospitalización. Se ha dado especial importancia a la relación personal establecida entre pacientes y trabajadores del centro, a la capacidad de comunicación de los profesionales y al conjunto de elementos que intervienen en la comodidad física del usuario durante su estancia en el hospital. También se han incluido preguntas para recoger la percepción general de los servicios recibidos, la fidelidad de los usuarios con el centro y las demandas expresadas espontáneamente, junto a otras variables dirigidas a caracterizar a los usuarios en función de la utilización de algunos servicios.

Cuadro 3.1 Relación de temas valorados en la encuesta de Atención Hospitalaria

- Valoración general de la atención recibida en el hospital (P1).
- Horario de visitas (P2).
- Comodidad de las habitaciones (P3).
- Resolución de trámites administrativos en el hospital (P4).
- Comodidad del edificio e instalaciones (P5).
- Señalización y facilidad de orientación en el hospital (P6, P7).
- Calidad de la comida (P8).
- Limpieza del hospital (P9).
- Facilidad para realizar contactos con el exterior (P11).
- Entendimiento de información proporcionada por médicos y enfermeros (P12, P13).
- Confianza en la asistencia prestada en el hospital (P14).
- Identificación de los profesionales del hospital (P15, P16).
- Confidencialidad de los datos clínicos (P17).
- Respeto en el trato recibido (P18).
- Grado de intimidad (P19).
- Disponibilidad del personal para la atención (P20).
- Valoración general de los distintos trabajadores del centro (P21).

- Amabilidad de los distintos trabajadores del centro (P22).
- Información sobre los tratamientos recibidos y pruebas médicas (P24, P26).
- Incorporación de la opinión del paciente a los tratamientos recibidos (P25).
- Tiempo de espera desde el ingreso hasta la operación (P30).
- Mejoras prioritarias en el hospital (P32).
- Recomendación del hospital a un amigo o familiar (P35).

Lo más destacable de los resultados de esta encuesta es que, en casi la totalidad de los indicadores que se contemplan, el porcentaje de satisfechos es muy alto, en la mayoría de los casos superior al 75%. Esto indica un alto grado de satisfacción con el sistema de Atención Hospitalaria en general y con la mayoría de los aspectos concretos que lo componen y que se han valorado en el estudio.

Si se atiende a los resultados de las variables más generales, es decir, aquellas que reflejan la opinión sobre cuestiones referidas a la asistencia recibida en su conjunto, se pueden observar las tendencias generales de la satisfacción expresada por los usuarios con la Atención Hospitalaria. Respecto a la primera de ellas, la satisfacción general con la atención recibida en el hospital en el que se estuvo ingresado, más del 90% de los entrevistados se declaran satisfechos (53,8%) o muy satisfechos (36,4%), siendo muy escasa la proporción de personas que se declaran insatisfechas. En cuanto a la confianza en la asistencia recibida en el hospital, más de un 74% manifiesta tener bastante (52,3%) o mucha confianza (21,8%).

Estos datos reflejan la pauta general de la opinión que los usuarios tienen sobre la gran mayoría de las cuestiones. Más del 30% de los indicadores empleados obtienen niveles de satisfacción superiores al 90% de los usuarios, y más de la mitad de los indicadores obtienen porcentajes de satisfechos situados entre el 75 y el 90%. Del mismo modo, las medidas obtenidas son bastante homogéneas en casi todos los indicadores, con bajos niveles de dispersión, con la excepción de algunas cuestiones puntuales que se exponen en el siguiente apartado.

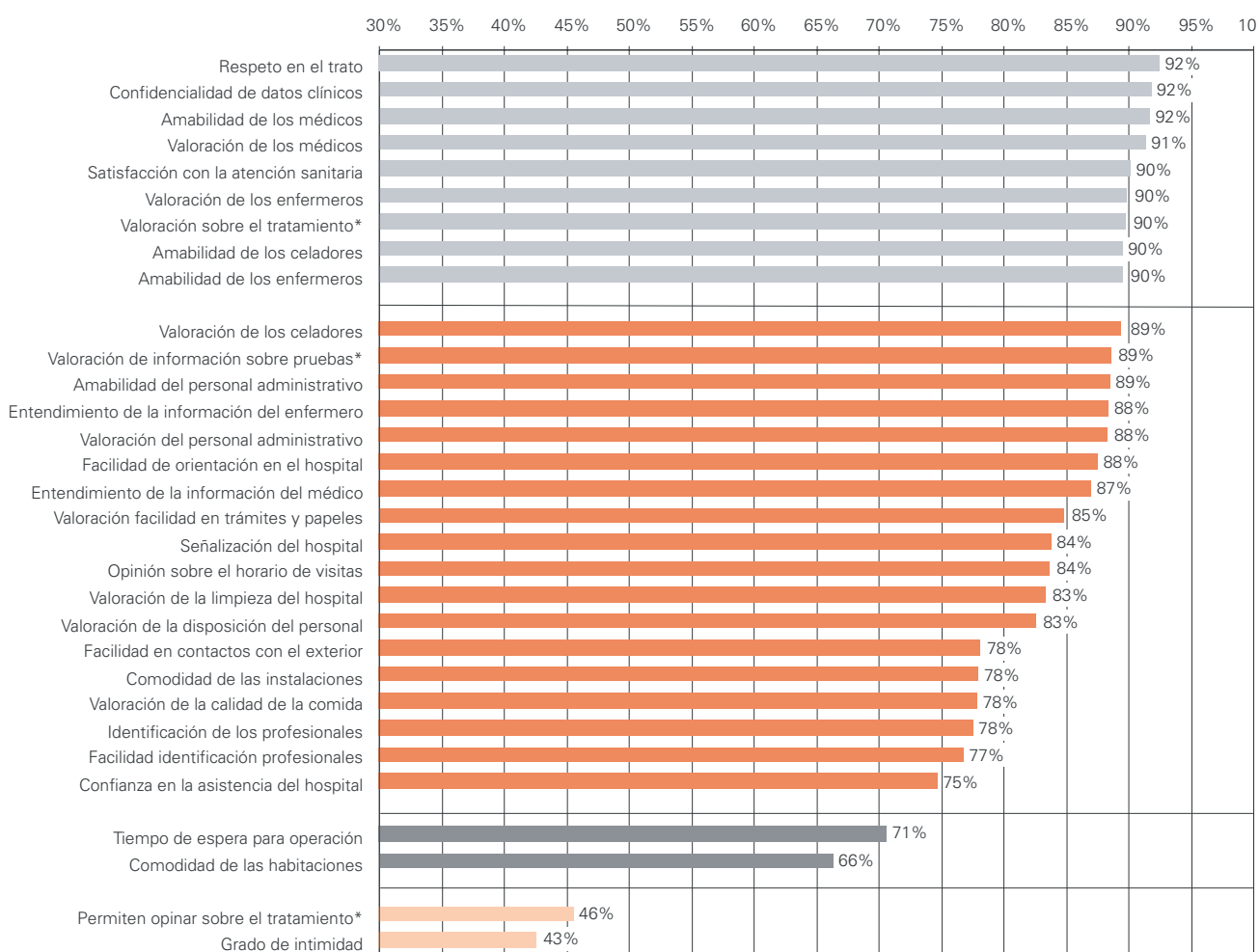
La valoración diferencial de los elementos del sistema

En el gráfico 3.1 se presenta una agrupación de los distintos aspectos valorados por los usuarios según el porcentaje de satisfechos que alcanzan, teniendo en cuenta los valores situados en el tramo positivo de la escala empleada. En el primer grupo se incluyen aquellos aspectos del sistema de Atención Hospitalaria valorados positivamente por el 90% o más de los usuarios entrevistados. Del segundo grupo forman parte los aspectos que valoran positivamente entre el 75 y el 90% de los usuarios. Por último, un tercer y cuarto grupos lo forman los aspectos contemplados en el cuestionario cuya valoración no alcanza el 75% de usuarios satisfechos.

Los aspectos que presentan la valoración más alta son los referidos al respeto en el trato, la confidencialidad de los datos clínicos y la valoración de la profesionalidad y amabilidad del personal sanitario, médicos y enfermeros. Todas estas cuestiones han obtenido porcentajes de usuarios satisfechos por encima del 90%. Las cuestiones que han obtenido los porcentajes de satisfacción más altos son, por un lado, la referida al respeto con el que se ha tratado a la persona hospitalizada durante los días que duró la hospitalización, con un porcentaje de satisfacción que supera el 92%, y, por otro, la que se refiere al grado de

confidencialidad que consideran los usuarios que existe respecto a sus datos clínicos, con un porcentaje de usuarios satisfechos de alrededor del 92%. En segundo lugar, se sitúan los ítems referidos a la valoración de la amabilidad y de la profesionalidad de el / los médico / os que le atendieron, con porcentajes de usuarios satisfechos que alcanzan el 92% y el 91% respectivamente. Por último, dentro de este primer grupo se incluyen los ítems referidos a la valoración y amabilidad de los enfermeros, con porcentajes de usuarios satisfechos que rondan el 90%.

Gráfico 3.1 Elementos evaluados en la encuesta de Atención Hospitalaria, según el porcentaje de usuarios satisfechos



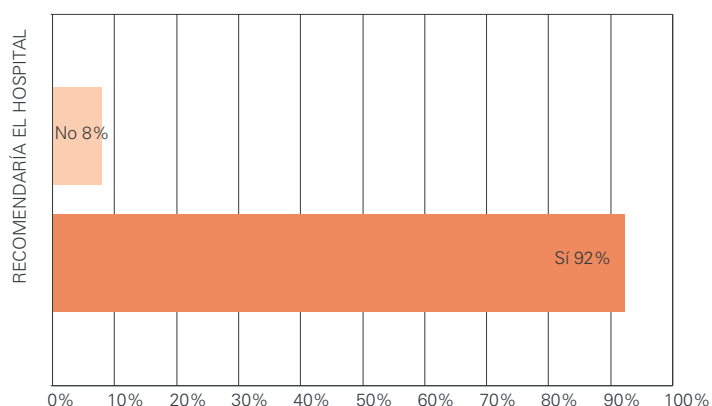
La mayor parte de los indicadores empleados, objeto de valoración en la encuesta, están en el segundo grupo, en el que se incluyen aquellos aspectos valorados positivamente por entre el 75 y el 90% de los usuarios. En concreto, se encuentran tres de los aspectos relacionados con la información prestada por los profesionales, como son el grado de entendimiento de la información de médicos y enfermeros, y la satisfacción con la información que le ofrecieron sobre las pruebas que realizadas en el hospital. También se encuentran en este grupo los ítems referidos a la valoración y amabilidad del resto del per-

sonal por el que se les pregunta específicamente en la encuesta, a saber, celadores y personal administrativo —en el primero se encontraban médicos y enfermeros— con porcentajes de usuarios satisfechos siempre superiores al 88%. Los aspectos que conforman la dimensión de la atención hospitalaria dedicada a las amenidades forman parte también de este segundo grupo, con porcentajes de usuarios satisfechos que oscilan entre el 78 y el 88%, a excepción del ítem que mide la satisfacción con la comodidad de las habitaciones. Por último, se incluyen también en este segundo grupo cuatro de los siete aspectos valorados relacionados con el sistema organizativo. Éstos son: la satisfacción con el horario de visitas del hospital y con la facilidad para la realización de los trámites y papeles necesarios, con porcentajes de usuarios satisfechos de alrededor del 85%, y la facilidad objetiva y subjetiva de identificar a los diferentes profesionales que trabajan en el hospital, con porcentajes de satisfacción de alrededor del 77%.

En el tercer y cuarto grupo se encuentran los indicadores que han obtenido porcentajes de usuarios satisfechos inferiores al 75%, en los que se incluyen sólo cuatro aspectos, dos de los cuales obtienen porcentajes de usuarios satisfechos superiores al 65%, y otros dos en los que este porcentaje es inferior al 50% —en otras palabras, en los que el porcentaje de insatisfechos o indiferentes es mayor al de satisfechos—. Los dos primeros son la comodidad de las habitaciones y el tiempo de espera para la operación, con el 66% y el 71% de usuarios satisfechos respectivamente. Los dos segundos son la valoración del grado de intimidad que habían tenido en su estancia en el hospital, con un 43% de usuarios satisfechos, y la posibilidad que habían tenido de dar su opinión sobre el / los tratamientos que le pusieron en el Hospital con un 46% de usuarios satisfechos (en esta última pregunta se han excluido del cálculo los usuarios que no se consideraban competentes para contestar).

En consonancia con los datos anteriores, la pregunta dirigida a indagar el grado de fidelidad de los usuarios con los centros resume la alta aceptación del servicio y el trato recibido, dado que el 92% de los entrevistados recomendarían a un amigo o familiar el hospital en el que han sido atendidos.

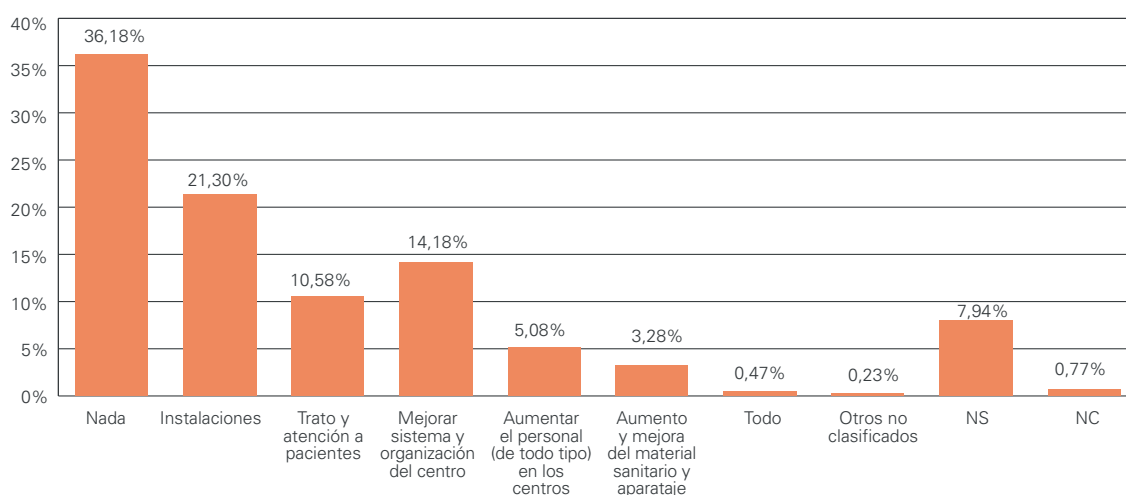
Gráfico 3.2 Grado de fidelidad respecto al centro



Las principales demandas a los hospitales

Respecto a las demandas expresadas espontáneamente por los usuarios, también aquí se han recogido a través de una pregunta abierta en la que se pedía indicar que cuestión debería mejorarse en primer lugar en el hospital de ingreso. En el gráfico 3.3. se recoge la agrupación de las respuestas emitidas según los aspectos generales a los que se refieren estas mejoras. Hay que señalar que la mayor parte de los entrevistados, un 36,18%, no expresa ninguna mejora a realizar en sus respectivos centros. El grupo de respuestas más frecuente se refiere a las instalaciones físicas del hospital relacionadas con la comodidad de los usuarios, que agrupan al 21,30% de las respuestas. En segundo lugar, se encuentran las mejoras relacionadas con el sistema organizativo, con el 14,18% de las respuestas. Las mejoras referidas al trato y la atención a los pacientes agrupan a un 10,58%, mientras que existe una escasa cantidad que se refiere a mejoras de las dotaciones de los centros, tanto las referidas a cantidad de personal disponible como a la disposición de material sanitario y equipamiento, que engloban respectivamente al 5% y 3,2% de los entrevistados.

Gráfico 3.3 Mejoras expresadas espontáneamente por los usuarios para el hospital



En suma, con esta agrupación de los elementos evaluados se constata nuevamente la alta satisfacción de los usuarios, tanto con la Atención Hospitalaria en general, como con la mayoría de los aspectos en que ésta se ha desagregado, siendo especialmente relevante la alta valoración que obtiene el personal, sobre todo el sanitario, tanto en la dimensión profesional como en la amabilidad en el trato que dispensan a los pacientes. Se puede sostener, por tanto, que en conjunto el sistema hospitalario es evaluado de forma bastante positiva por la gran mayoría de los usuarios, y que las cuestiones que producen menor satisfacción se concentran en aspectos puntuales que condicionan la relación de los pacientes con los centros. La primera de ellas está relacionada con el proceso informativo sobre las personas hospitalizadas, aunque sólo en lo referido a tener en cuenta la opinión de los pacientes sobre los tratamientos. Igual que en el caso de Atención Primaria, se desprende de estos datos que, a su paso por el hospital, una parte importante de los usuarios demandan más participación en su proceso curativo. El segundo

aspecto sobre el que hay baja satisfacción relativa, en comparación con el conjunto de aspectos evaluados, se refiere al grado de intimidad de los pacientes en el hospital, en bastante mayor medida que a la comodidad de las habitaciones. Se desprende de aquí que uno de los hechos que provocan más rechazo durante el proceso de hospitalización es el contraste existente entre el grado de privacidad que se requiere para una situación de enfermedad, y la exposición del paciente a la organización hospitalaria, debido a que se está en contacto con un gran número de personas que frecuentan las habitaciones, que son un espacio asociado normalmente a la vida privada.

Por otra parte, en los cuadros incluidos en el Anexo III se presentan los cruces de todas las variables incluidas en el cuestionario referidas a la satisfacción de los usuarios con la Atención Hospitalaria con otras variables referidas a características de los usuarios, tales como sexo, edad, nivel de estudios y tipo de usuario, y a características organizativas y de ubicación territorial de los hospitales, como tipo de hospital y días de hospitalización. A través de la observación de estos datos se pueden percibir las diferencias más notorias que se observan en la valoración que hacen los usuarios de cada indicador o conjunto de indicadores por la influencia de las características sociodemográficas u organizativas contempladas.

Aunque el estudio detallado de estas influencias se realiza en otro apartado (Anexo III), es posible indicar los principales factores que intervienen en los niveles de satisfacción, que posteriormente se confirmarán atendiendo a las propiedades métricas de los datos. El primero de ellos corresponde a la edad de los usuarios. Las personas de más edad tienen un nivel de satisfacción en torno a 10 puntos porcentuales más alto que los jóvenes en un número apreciable de aspectos, referidos principalmente a la comodidad de las instalaciones y a la valoración de los recursos humanos. El segundo factor que influye es el nivel educativo de los entrevistados, observándose diferencias entre los usuarios que poseen menos estudios, que suelen estar más satisfechos con la mayoría de los elementos, y los que disponen de estudios superiores, en los que se incrementa el número de insatisfechos. Respecto a las características de los centros, se observa una pauta que sitúa las valoraciones más positivas en los hospitales comarcales, seguidas de los hospitales de especialidades y los hospitales regionales, aunque esta tendencia sólo se muestra en los elementos relacionados con la comodidad del paciente o en aquéllos que tienen que ver con la organización de los centros.

3.2 Las relaciones entre los distintos componentes de la satisfacción con la Atención Hospitalaria

Igual que en el capítulo dedicado a la Atención Primaria, a continuación se realiza un análisis dirigido a establecer el grado en que contribuyen en la formación de la satisfacción general con la asistencia prestada en un hospital cada uno de los aspectos particulares evaluados. Utilizando un procedimiento similar, se han seleccionado un conjunto de medidas que reflejan la valoración general de los usuarios y, posteriormente, se estudia la interrelación de esa valoración con los distintos aspectos particulares evaluados.

En este caso, para la construcción de una medida sintética que pueda funcionar como variable dependiente, sobre la que sea posible estudiar la influencia de los otras opiniones, se han tomado tres preguntas que, debido a su formulación, se pueden interpretar como las que reflejan la opinión global de los usuarios sobre la asistencia recibida en el hospital. Las preguntas se refieren a la satisfacción general con la estancia en el hospital,

el grado de confianza con la asistencia recibida y la recomendación del hospital a un amigo o familiar. Con estas tres preguntas, el procedimiento ha sido, igualmente, la construcción de un índice sintético mediante reducción de datos, utilizando para ello técnicas de escalamiento óptimo. Como resultado del análisis, se obtiene una dimensión que contiene un 60% de la información original, tal como se expone en el Anexo III.

Sobre esta medida de resumen se ha vuelto a utilizar un análisis de regresión mediante escalamiento óptimo, estableciendo como predictores el conjunto de valoraciones emitidas por los entrevistados, que cubren distintos aspectos particulares de la atención hospitalaria. Para describir el impacto de cada variable independiente sobre la satisfacción global se facilita el coeficiente de Pratt (véase Cuadro 3.2). Este coeficiente permite cuantificar la proporción de la satisfacción explicada por cada variable independiente, y de forma más genérica, por cada una de las dimensiones establecidas. Se muestran también las correlaciones de orden cero, que explican la relación de la satisfacción global y cada variable independiente cuando no se considera el efecto del resto de las variables, y los coeficientes de regresión.

Cuadro 3.2 Importancia y correlación de cada variable en el modelo explicativo de la satisfacción global

	Importancia	Correlación	Beta
Servicio	3,21		
Mejora-t. Técnico	1,89	-0,22	-0,04
Mejora-amenidades	0,18	-0,03	-0,03
Mejora-otros	0,49	-0,10	-0,02
Carencias en el centro	0,65	0,12	0,03
Tratamiento técnico	4,44		
Información sobre tratamientos	2,38	0,27	0,04
Posibilidad de opinar sobre tratamientos	1,92	0,22	0,04
Consentimiento sobre operación	0,14	-0,04	-0,02
Recursos humanos	72,69		
Respeto del personal	16,52	0,48	0,16
Disponibilidad del personal para la escucha	5,37	0,41	0,06
Médicos	36,50	0,58	0,30
Enfermeros	13,74	0,48	0,14
Administrativos	0,56	0,15	0,02
Amenidades	12,74		
Comodidad de habitaciones	2,32	0,27	0,04
Comodidad del edificio	3,58	0,27	0,06
Señalización	0,51	0,17	0,01
Calidad de la comida	1,88	0,19	0,05
Limpieza del hospital	2,88	0,28	0,05
Confidencialidad de datos clínicos	1,56	0,20	0,04
Sistema organizativo	6,92		
Intimidación	1,63	0,23	0,03
Horario de visitas	0,98	0,16	0,03
Tiempo de espera para operación	1,16	0,14	0,04
Facilidad con los trámites y papeles	2,63	0,24	0,05
Entrega de informe	0,52	0,12	0,02

En primer lugar, hay que señalar que existen una serie de variables que no intervienen en el modelo, y que se puede considerar que no tienen influencia en la valoración global del centro. Estas variables se refieren a la valoración del personal distinto a los médicos y enfermeros, la identificación de los profesionales y los aspectos de comunicación fuera del hospital.

Respecto a los factores que tienen más influencia, de nuevo aparecen con mayor importancia en la explicación de la satisfacción global cuestiones relacionadas con los recursos humanos, aunque con una distribución diferente respecto a la observada en la Atención Primaria. En concreto, la influencia proveniente de los recursos humanos se concentra aquí en tres elementos claves. La valoración de los médicos por sí sola obtiene el 36,5% de la importancia, mientras que la de los enfermeros obtiene un 13,74. No aparecen celadores ni auxiliares sanitarios, aunque sí los administrativos. Por otra parte, el respeto del personal adquiere un alto valor, con 16,52% de la importancia.

Las cuestiones mencionadas, consistentes en la valoración de los médicos, de enfermeros y el respeto del personal suman más de la mitad de las influencias en la valoración global, y en conjunto el papel de los recursos humanos supera al 72%, con lo cual se puede sostener que el grado de valoración general del hospital viene determinado en su mayor parte por la valoración que se realice del personal con el que tiene contacto el paciente.

El segundo grupo de elementos que adquiere un papel relevante es lo que venimos denominando amenidades, que incluyen factores tales como la comodidad del centro y las habitaciones, la calidad de la comida o la limpieza. En general, estos componentes obtienen un 12,7% de la importancia respecto a la valoración global. No obstante, hay que destacar que este grupo funciona como una cuestión de conjunto, dado que los valores de los factores individuales son bajos, con lo que tomados independientemente presentan escasa influencia, y tampoco aparece ningún factor particular que por sí mismo defina la cuestión más importante en la comodidad de los pacientes.

Estos datos indican que la valoración de las cuestiones más importantes por los usuarios está condicionada por la valoración de la relación con los médicos y enfermeros, dado que no se observa una gran influencia del sistema organizativo, o la falta de servicios y medios a disposición del hospital, así como tampoco parece tener un papel relevante la información sobre el tratamiento técnico. La satisfacción con el proceso de hospitalización en su conjunto está, pues, influenciada por el hecho de que se tenga una opinión favorable de los profesionales sanitarios, sobre todo de los médicos, y de que el trato y la disponibilidad del personal faciliten la estancia del paciente en los centros.

3.3 Los factores condicionantes de la satisfacción

Procediendo de nuevo de manera similar a como se ha hecho para la Atención Primaria, el objetivo de este apartado es analizar cómo influyen en la satisfacción expresada algunas características de los usuarios y de los centros.

Una vez identificados de modo descriptivo los factores que muestran mayores diferencias, debido a que la mayor parte de ellas aparecen de modo uniforme en un número importante de los elementos evaluados, los análisis para comprobar en qué medida operan cada uno de los factores se han realizado mediante la construcción de índices que permiten resumir la mayor parte de la información contenida en el estudio. Para ello, un primer paso ha sido la elaboración de medidas que dan cuenta de grupos de elementos que

corresponden a valoraciones de aspectos parciales, así como la construcción de un índice de satisfacción global que expresa de forma más resumida y comprensiva la satisfacción de los usuarios con el servicio de Atención Hospitalaria.

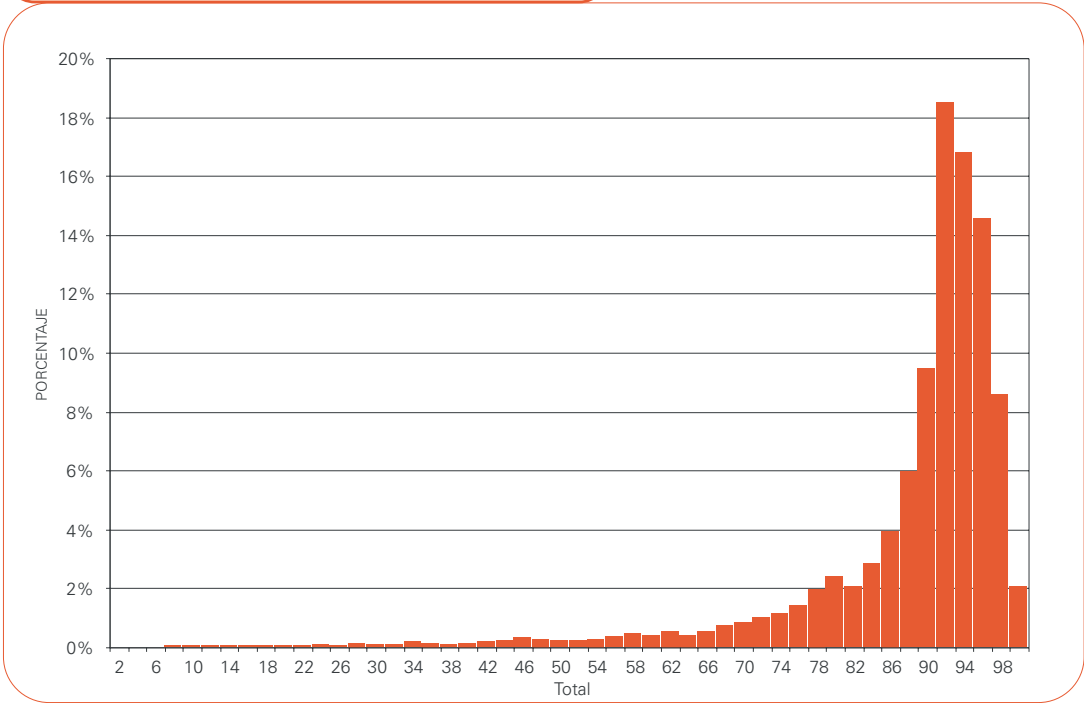
El índice sintético de satisfacción global se ha calculado a través de un promedio entre la medida de resumen especificada en el apartado anterior, obtenida a través de las tres preguntas referidas a la valoración general de la asistencia, y las variables intervinientes en el modelo de regresión calculado. Además de este índice global, se ha procedido a la agregación de los elementos en cinco grupos, cuyos componentes se presentan en el Cuadro 3.3 y que se interpretan como dimensiones de la satisfacción referidas al tratamiento técnico, a los servicios del centro, a los recursos humanos, a las amenidades y al sistema organizativo del centro. La explicación detallada de la construcción de los índices se expone en el Anexo III.

Cuadro 3.3 Relación de indicadores en cada dimensión

Satisfacción global		
	P1– Satisfacción con atención sanitaria en el hospital.	
	P14– Grado de confianza en la asistencia prestada en el hospital.	
	P35– Recomendación del hospital.	
Satisfacción parcial		
Dimensión	Aspecto medido	Preguntas en el cuestionario
Servicio	Mejoras que se pueden realizar	p32
	Carencias en el centro	P33, P34
Tratamiento técnico	Información sobre el tratamiento	P23, P24
	Posibilidad de opinar sobre los tratamientos	P24A
	Realización de prueba médica	P25
	Información sobre prueba médica	P26
	Realización de operación	P28
	Consentimiento sobre operación	P29
Recursos humanos	Respeto del personal	P18
	Disponibilidad del personal para la escucha	P20
	Valoración de los médicos	P21_1, P22_1
	Entendimiento de la información que da el médico	P12
	Entendimiento de la información da el enfermero	P13
	Valoración de los enfermeros	P21_2, P22_2
	Valoración de los administrativos	P21_4, P22_4
	Valoración de los celadores	P21_3, P22_3
Amenidades	Comodidad en habitaciones	P3
	Comodidad de edificio e instalaciones	P5
	Señalización	P6, P7
	Comidas	P8
	Limpieza	P9
	Contactos con exterior	P10, P11
Sistema organizativo	Intimidación	P19
	Confidencialidad de los datos clínicos	P17
	Horarios de visitas	P2
	Valoración de la identificación del personal	P15, P16
	Tiempo de espera para operación	P30
	Facilidad con los trámites y papeles	P4
	Entrega de informe para médico de cabecera	P31

En ambos casos, los indicadores obtenidos han sido reescalados en puntuaciones comprendidas entre 1 y 100 para facilitar su comprensión. En el gráfico 3.4 se representa el histograma del índice global de satisfacción. Es destacable el alto valor de la media (88) y la asimetría que la distribución presenta a la izquierda, en correspondencia con los altos valores de satisfacción presentes en las variables de las que procede. En el Cuadro 3.4 se muestran los estadísticos principales de los indicadores parciales y el indicador global. Las correspondientes distribuciones de los indicadores parciales muestran en general la misma tendencia mencionada.

Gráfico 3.4 Histograma del índice de satisfacción global



Cuadro 3.4 Principales características de los índices global y parciales

	Media	Mediana	Moda
Satisfacción global	87,52	91,21	91,35
Servicio	81,59	83,85	83,85
Tratamiento técnico	79,12	82,37	82,37
Recursos humanos	93,18	95,71	94,66
Amenidades	91,33	96,37	96,37
Sistema organizativo	72,64	75,37	75,37

La construcción de estos índices da lugar a la obtención de medidas sobre las que es susceptible emplear análisis que permitan identificar en qué grado influyen los distintos factores que se han empleado. Al igual que en el apartado anterior, utilizando las dimensiones como variables dependientes, se han realizado modelos de regresión con escalamiento óptimo, que permiten establecer el peso explicativo procedente de las variables que se han utilizado como posibles predictores de la satisfacción, y que corresponden a

características de los usuarios y los centros. Además, esta operación permite aislar la influencia de variables concretas, pudiéndose observar la variación que produce el pertenecer a una categoría determinada, como por ejemplo la edad, eliminando el posible efecto de otras variables asociadas a ella como el tipo de hospital o el nivel de estudios.

A continuación se detalla la explicación del modelo calculado para la satisfacción global, y posteriormente se especifican las tendencias generales observadas para el resto de dimensiones.

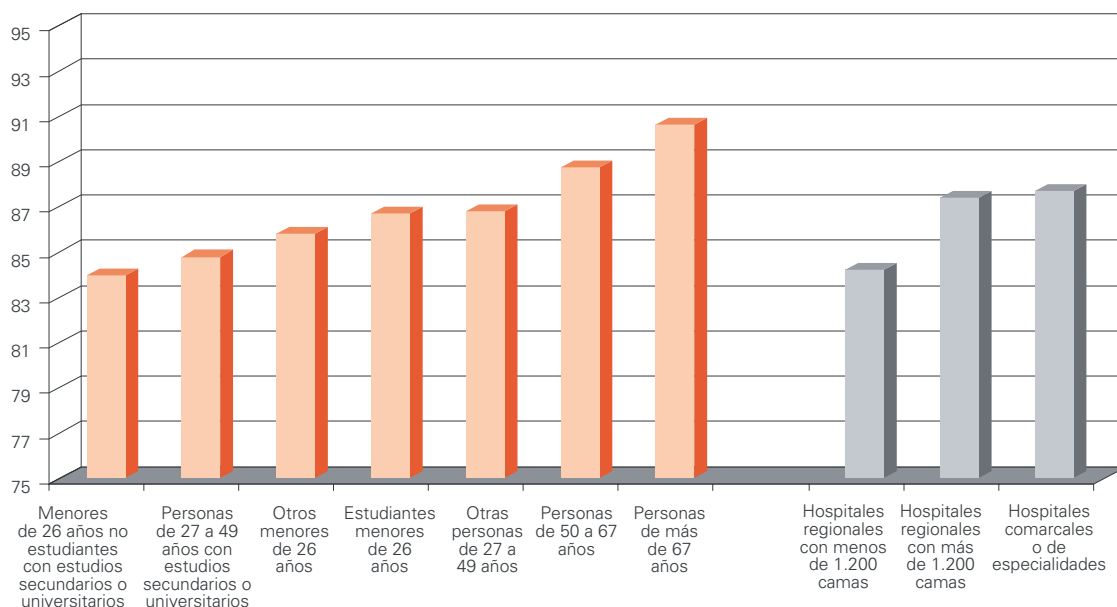
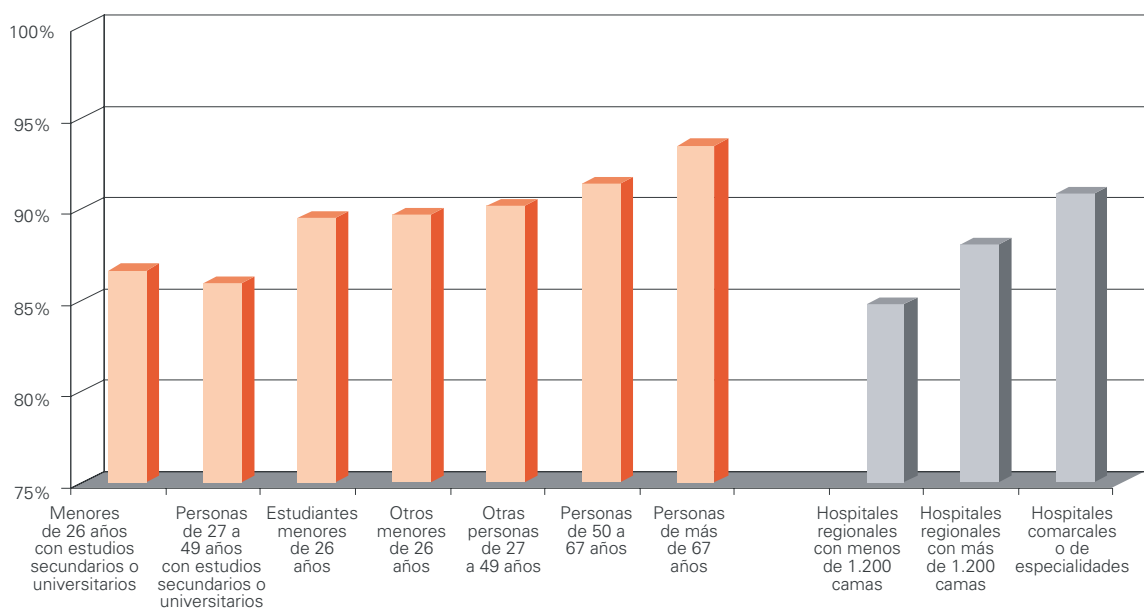
Las influencias en la satisfacción global

Las variables incluidas en la dimensión de satisfacción global son, como ya se ha dicho, aquellas que recogen por su formulación mayor generalidad. Como elementos predictores, se ha incluido las variables que definen las características sociodemográficas de los usuarios, esto es, edad, nivel de estudios y situación laboral. Además, se han incluido algunas variables que definen la relación del usuario con el hospital, tales como motivo de alta, existencia de alguna operación, días de hospitalización y tipo de entrevistado (usuario o acompañante). Por último, se han incluido variables que definen al hospital, como el número de camas y la categoría del centro en la organización del SAS.

En el resumen del modelo recogido en el anexo estadístico (Anexo III), se observa cómo las variables sociodemográficas acaparan la máxima importancia explicativa, con un valor de 89.42%, mientras las organizativas suman 5.56%, y las que evalúan la relación entre el sistema y el usuario 4.36%. Según el modelo, no influyen aquellas variables que no aportan significación estadística suficiente, como son el sexo, el número de días que se estuvo ingresado y si el entrevistado fue o no el paciente.

Destacan en este sentido la edad del entrevistado y el nivel de estudios. La edad por sí sola reúne un 60% de la importancia, con una tendencia que indica un mayor nivel de satisfacción conforme aumenta la edad, siendo las diferencias en las puntuaciones medias en el índice sintético entre los mayores de 62 años y los menores de 27 de 7 puntos porcentuales. El nivel de estudios es otra de las variables con mayor importancia explicativa, con un 15,6%, con una pauta similar a la observada en la Atención Primaria, es decir, las diferencias se establecen entre los usuarios con niveles de estudios superiores, que expresan una menor satisfacción, respecto a aquellos sin estudios o con estudios primarios.

En el gráfico 3.5 se presenta una caracterización de los principales grupos que arrojan diferencias destacables respecto al índice de satisfacción global. Los valores menores se dan entre quienes tienen menos de 26 años, con estudios medios o universitarios, con una media de 84 puntos. En el extremo superior, con algo más de 90 puntos, se encuentran las personas de más de 67 años. Para ilustrar las diferencias que suponen estos valores en el índice sintético, en el gráfico 3.6 se incluye una de las variables que contribuye en mayor medida a su formación, la que mide la satisfacción general con la asistencia prestada en el hospital. En este caso, se observa cómo en el primer grupo de usuarios, jóvenes con estudios, el porcentaje de satisfechos se encuentra en el 86%, mientras que en las personas de mayor edad asciende al 93%.

Gráfico 3.5 Índice de satisfacción global. Puntuaciones según grupos de usuarios y tipo de centro**Gráfico 3.6 Porcentaje de satisfechos con el centro en general. Puntuaciones según grupos de usuarios y tipos de centro**

Aunque su influencia es menor, hay que señalar que el grado de satisfacción global depende también, en parte, del tipo de hospital y del número de camas que tiene. En concreto, la variable tipo de hospital reúne el 5,5% de la importancia, mientras que el número de camas es menos relevante, con un 1,2%.

El que el usuario fuese atendido en un hospital regional conlleva valores inferiores de satisfacción, en comparación a los hospitales de especialidades y comarcales. No obstante, como se observa en el gráfico 3.5, entre los hospitales regionales existe una diferencia en función del tamaño del hospital. En concreto, los niveles menores se dan en los hospitales regionales con menos de 1200 camas, que obtienen una puntuación de 83,5 respecto a las puntuaciones algo superiores a 87 que se dan en el resto de centros.

Para ilustrar la diferencia mencionada, se puede acudir de nuevo al gráfico 3.6, en el que se presenta las respuestas a la pregunta sobre la valoración general con la atención prestada en el centro, en la que es posible observar el porcentaje de usuarios satisfechos en cada uno de los tres tipos de centros contemplados. Los usuarios satisfechos en los hospitales regionales con menos y más de 1.200 camas ascienden al 83% y al 87% respectivamente, mientras que los usuarios de hospitales comarcales o de especialidades superan el 90% de satisfechos.

Por otra parte, en la satisfacción global no aparecen influencias derivadas de que el usuario se haya sometido o no a operación quirúrgica, ni se observan diferencias entre los usuarios hospitalizados o acompañantes. Las únicas diferencias apreciables se observan en función del tipo de alta del entrevistado, con una importancia explicativa del 11,5%. En este caso, existe un marcado descenso de la satisfacción cuando el motivo de alta es el traslado a otro hospital y, sobre todo, en los casos de alta por fallecimiento.

En suma, se puede decir que las variables organizativas y las que se refieren al tipo de relación del usuario con el centro no influyen tanto como las sociodemográficas en la satisfacción de los usuarios con los aspectos más generales de la Atención Hospitalaria. En otras palabras, la edad y el nivel de estudios tienen más influencia en la variabilidad del grado de satisfacción de los usuarios que el tipo de hospital en el que estuvieron atendidos, el número de días que estuvieron hospitalizados o el haber recibido un tratamiento concreto.

Las influencias en la satisfacción con aspectos parciales

El estudio del impacto de las variables sociodemográficas y organizativas sobre los índices sintéticos de satisfacción referidos a las distintas dimensiones se ha realizado de forma similar al caso del indicador global detallado en el apartado anterior. Esto es, se han establecido como variables dependientes cada una de las dimensiones, y como predictores el conjunto de aspectos que caracterizan a los usuarios y a su relación con el centro. A continuación se comentan exclusivamente los resultados más relevantes para cada predictor, acudiendo a las diferencias específicas que ocurren en algunas dimensiones. Los resultados de los modelos de regresión se recogen en el Anexo III.

A Influencias provenientes de las características de los usuarios

Edad

De nuevo, una de las variables que presenta mayor capacidad predictiva es la edad de los usuarios. Observando la contribución de esta variable de forma independiente en las dimensiones incluidas, en todas ellas obtiene valores superiores al 30%, destacando su peso en

la formación de la opinión sobre el sistema organizativo y sobre los recursos humanos, con importancias del 50%. Esta variable es la que produce mayores diferencias sobre la satisfacción con la mayor parte de los aspectos valorados, produciéndose esta influencia en el mismo sentido, es decir, a mayor edad del usuario, mayor nivel de satisfacción.

Se vuelve a confirmar por tanto el papel relevante de la edad como factor explicativo, lo que la convierte en un factor estructural determinante de la opinión que se tiene sobre cualquier tipo de servicio sanitario, aunque en el caso de la Atención Hospitalaria las influencias son menos marcadas que las observadas en algunas dimensiones de la Atención Primaria, debido al mayor peso que obtienen factores que se refieren al tipo de centro, como se expone más adelante.

Nivel de estudios

El nivel educativo que poseen los entrevistados también parece influir de forma significativa en su satisfacción con los diferentes aspectos concretos que se han valorado del sistema de Atención Hospitalaria. Por lo general, esta influencia se da en el sentido de a mayor nivel educativo menor nivel de satisfacción. Las personas con estudios primarios o inferiores están más satisfechas que los que tienen estudios de FP o Bachiller y, éstos, a su vez, menos que los que poseen algún tipo de título universitario. Es decir, los usuarios más formados son, en general, más críticos con todos los aspectos del sistema de Atención Hospitalaria pero, especialmente, con aquellos aspectos más objetivables, como la señalización o la limpieza del hospital, y con los que están más relacionados con la competencia personal, como, por ejemplo, la valoración del tratamiento o de la información que le han facilitado sobre las pruebas que les realizaron.

En suma, se debe destacar que la influencia de las variables sociodemográficas sobre los niveles de satisfacción alcanzados en los diferentes aspectos valorados por los usuarios del sistema de Atención Hospitalaria es bastante homogénea, presentándose escasas diferencias entre las distintas dimensiones.

En los gráficos 3.7. a 3.11 se han incluido las puntuaciones obtenidas para perfiles específicos de usuarios, que ilustran las principales diferencias en cada una de las dimensiones. En todos ellos se muestra una tendencia similar, que sitúa a las personas con menor edad y niveles de estudios medios y altos en una menor valoración de las distintas dimensiones, existiendo un continuo que se eleva hasta la mayor satisfacción mostrada por los mayores de 65 años. No obstante, las mayores diferencias se observan en las dimensiones relacionadas con los recursos humanos, con la organización del centro y con las amenidades.

B Influencias provenientes del tipo de hospital

Para indagar la existencia de influencias provenientes del centro de estancia se han utilizado dos variables, el número de camas del hospital y el tipo de hospital según la distinción organizativa del SAS, establecida en hospitales de especialidades, hospitales regionales y hospitales comarcales. La variable número de camas no muestra una influencia relevante en los niveles de satisfacción. En casi todos los tamaños de centro se muestran valores similares. Únicamente cabe destacar que en los grandes hospitales, los que tienen más de 1.500 camas, se dan altos niveles de satisfacción, pero esto tiene significado debido al escaso número de centros de este tamaño, por lo que esta variable se usa unida al tipo de hospital.

A pesar de la heterogeneidad interna que puede existir en los distintos centros, se ha encontrado una pauta que permite distinguir niveles de satisfacción en función del tipo de hospital en el que el usuario ha estado ingresado.

Los mayores niveles de satisfacción se encuentran en los hospitales comarcales, seguidos de los hospitales de especialidades, mientras que existe menor satisfacción en los hospitales regionales. Esta pauta se muestra en todas las dimensiones observadas, aunque es más marcada en algunas cuestiones concretas. Respecto a los recursos humanos, los servicios prestados y el tratamiento técnico, la variable tipo de hospital no influye decisivamente en los modelos explicativos. Por ello, se observan escasas diferencias entre los hospitales regionales, comarcales y de especialidades para estas variables (ver gráficos 3.7, 3.8 y 3.9). Esto significa que, desde el punto de vista de los usuarios, el sistema es homogéneo en aquellos elementos relacionados con la eficacia del proceso de atención sanitaria, donde interviene sobre todo la actuación del personal, el equipamiento y la capacidad técnica de los hospitales.

Las mayores diferencias en la satisfacción en función del tipo de hospital se refieren a las dimensiones que engloban lo que denominamos amenidades y organización de los centros, lo cuál se muestra en los modelos explicativos utilizados para ambas dimensiones, donde la variable tipo de hospital por sí sola obtiene un 44,7% de la importancia para el caso de las amenidades y un 21,8% para el sistema organizativo. Para los elementos referidos a la comodidad de las habitaciones y el edificio, los aspectos de limpieza o calidad de la comida, por una parte, y para los tiempos de espera, horarios de visitas y trámites administrativos, por otra, el hecho de estar en un tipo determinado de hospital funciona como predictor de la satisfacción obtenida en estas dimensiones de una forma importante.

En el primer caso, el que contiene los aspectos referidos a la comodidad física y a la hostelería, existe una diferencia más marcada entre los distintos tipos y tamaños de centro. Como se observa en el gráfico 3.10, los menores niveles se dan en los hospitales regionales, sobre todo aquellos con menos de 1200 camas. Los mayores niveles de satisfacción corresponden a los hospitales comarcales, sobre todo los que disponen de más de 300 camas. Por último, en una situación intermedia se encuentran los hospitales de especialidades. Una tendencia similar se observa en la valoración de aspectos que tienen que ver con el sistema organizativo (Gráfico 3.11), donde vuelven a aparecer con menores niveles de satisfacción los hospitales regionales, y se encuentran mejor valorados los hospitales comarcales o de especialidades.

En suma, estas diferencias nos muestran que, desde el punto de vista de los pacientes, los centros que ofrecen mayor comodidad en la estancia y en los que se percibe un mejor funcionamiento son aquellos centros de tamaño medio situados cerca de los lugares de residencia, y en el reducido número de grandes hospitales de especialidades.

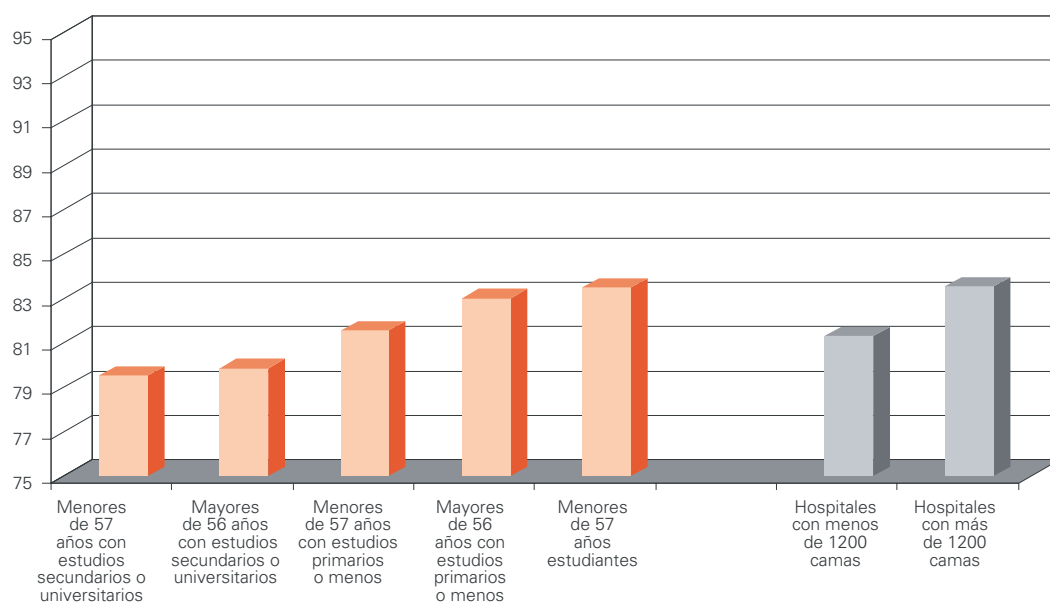
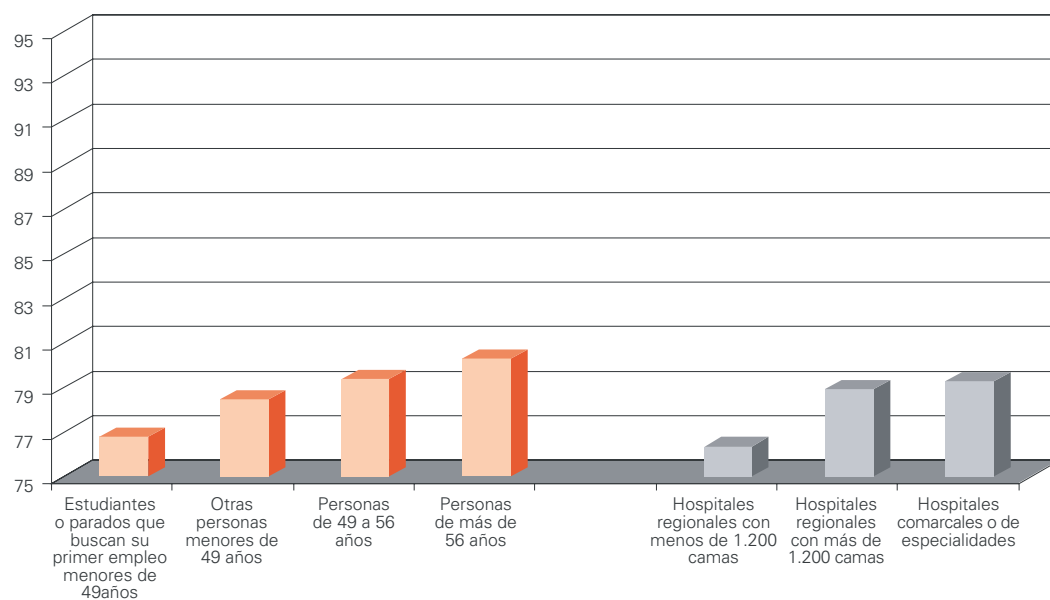
Gráfico 3.7 Índice de satisfacción con el servicio. Puntuaciones según grupos de usuarios y tipo de centro**Gráfico 3.8 Índice de satisfacción con el tratamiento técnico. Puntuaciones según grupos de usuarios y tipo de centro**

Gráfico 3.9 Índice de satisfacción con los recursos humanos.
Puntuaciones según grupos de usuarios y tipo de centro

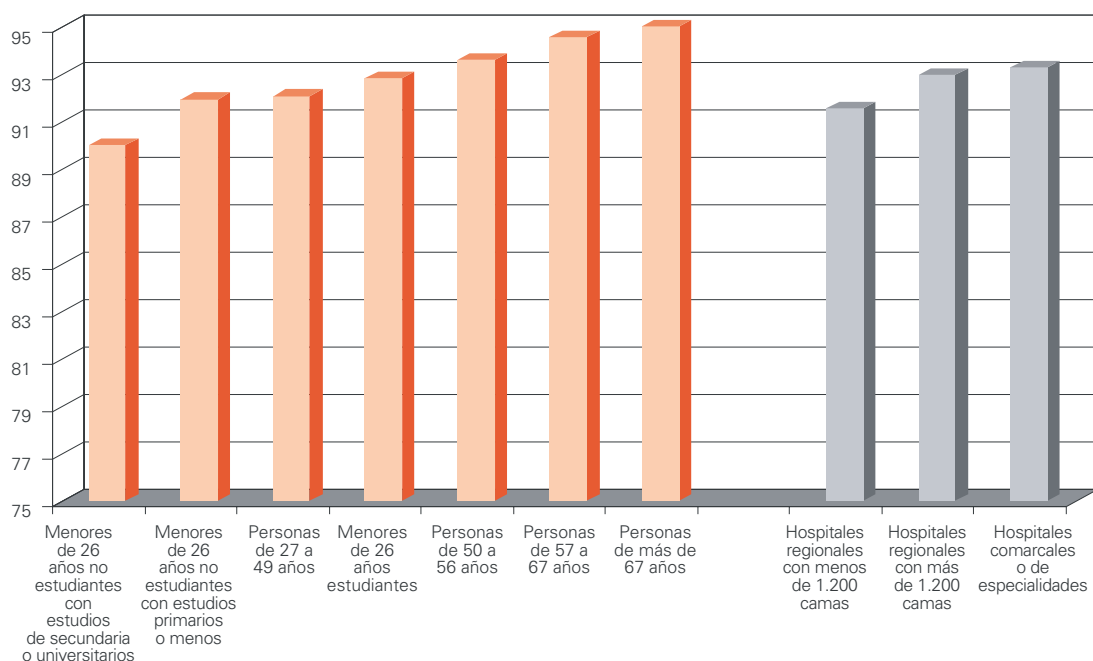


Gráfico 3.10 Índice de satisfacción con las amenidades. Puntuaciones según grupos de usuarios y tipo de centro

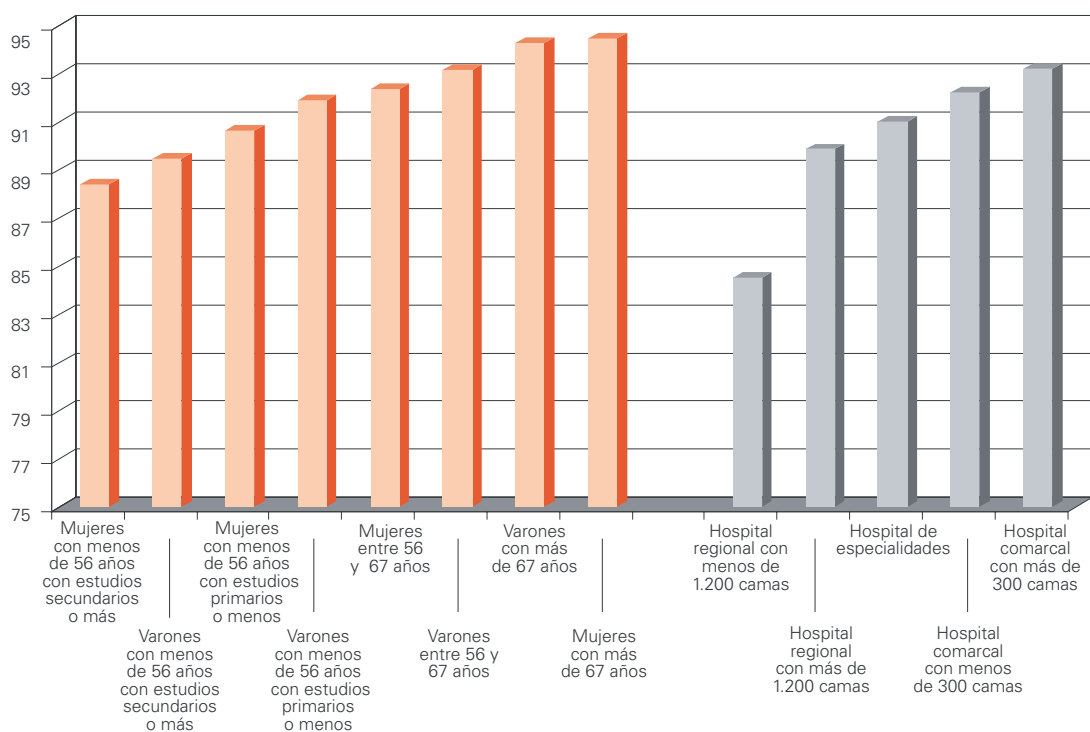
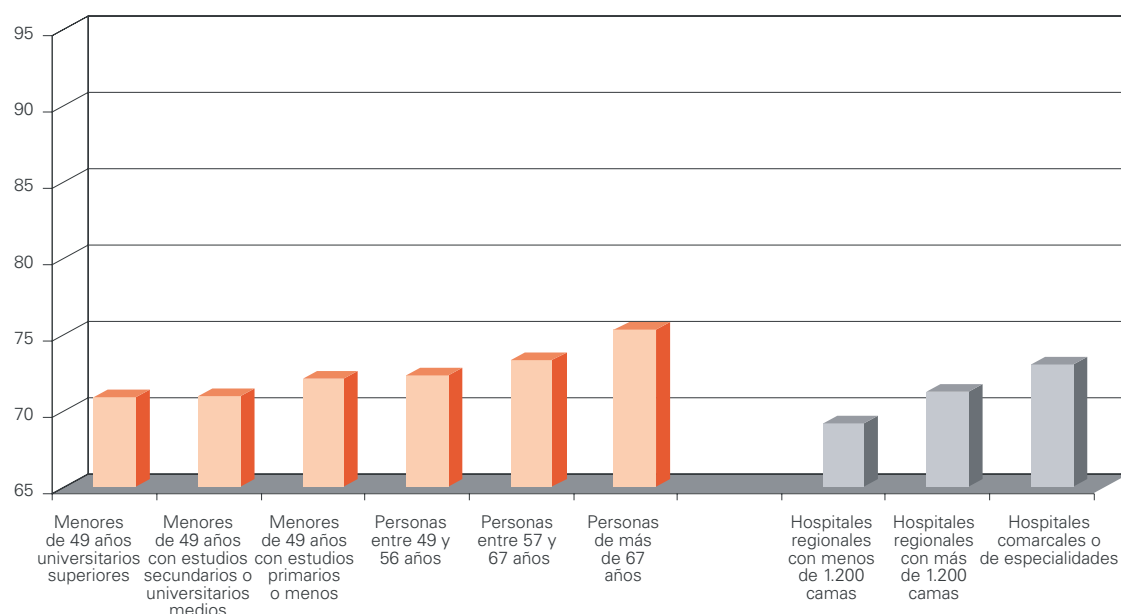


Gráfico 3.11 Índice de satisfacción con el sistema organizativo.
Puntuaciones según grupos de usuarios y tipo de centro



C Influencias provenientes de la relación del usuario con el hospital

Otro grupo de variables introducidas como predictores en los análisis efectuados para cada una de las cinco dimensiones tienen que ver con especificidades del paciente en su relación con el hospital. Cuando se observa su importancia explicativa en los modelos calculados, ninguna de ellas obtiene un poder predictivo alto, en comparación con las que se han expuesto hasta ahora. Sin embargo, dado que estas influencias pueden ocurrir sumándose a otras provenientes de los usuarios o los centros, es conveniente detenerse brevemente en ellas.

Usuario como paciente o acompañante

Una de las variables que se incluyen en este apartado es si la persona entrevistada coincide con la hospitalizada o se trata de la persona que le acompañó durante su estancia en el hospital. En principio se podría pensar que puede haber diferencias entre estos dos tipos de usuarios, debido a que, para las personas hospitalizadas, lo más importante serán los factores relacionados con el proceso de curación, mientras que los acompañantes, por el papel que ocupan en el proceso de atención, posiblemente sean más sensibles para hacer una valoración crítica de otros aspectos de la atención hospitalaria como, por ejemplo, la disposición del personal, la comodidad de las habitaciones y de las instalaciones, la limpieza del hospital, o la facilidad para identificar a los profesionales.

Si se analiza la influencia de esta variable en la satisfacción de los usuarios con cada uno de las dimensiones analizadas, se comprueba que los niveles de satisfacción varían ligeramente al alza cuando el entrevistado es la persona hospitalizada. Al contrario, los entrevistados que han sido acompañantes suelen estar algo menos satisfechos con algunos aspectos de la atención hospitalaria que los hospitalizados. No obstante, hay que decir

que las diferencias no son muy relevantes cuando se observan los datos conjuntamente, debido a que la distinta valoración sólo se concreta en algunos de los aspectos particulares, como es la valoración de la disposición del personal, y sobre todo, en la comodidad de las habitaciones, donde el porcentaje de satisfechos baja al 58% en los acompañantes, lo que contrasta con el 70% observado en las personas hospitalizadas.

Los días de hospitalización

El tiempo de hospitalización contribuye con una importancia que oscila entre el 3 y el 6% en las dimensiones relacionadas con el tratamiento técnico, las amenidades y la organización del centro.

Tal como se puede ver en los gráficos recogidos en el Anexo III, existe una relación inversamente proporcional entre los días de hospitalización y los niveles de satisfacción. Los mayores niveles de satisfacción se encuentran en los pacientes con menos de 15 días de hospitalización, produciéndose un descenso que se acrecienta a partir de los 30 días. Aunque esta pauta muestra la misma tendencia en todas las dimensiones, las diferencias más apreciables en el descenso de la satisfacción producido por los días de hospitalización se muestran en las cuestiones relacionadas con la comodidad y con la organización de los centros. En estas dos últimas cuestiones, se da un descenso drástico entre los pacientes que han estado hospitalizados más de 60 días.

El tipo de servicio

Debido a la gran cantidad de servicios que componen los centros hospitalarios, la variable tipo de servicio tiene un papel poco relevante, y en la mayoría de los servicios hospitalarios no se observan diferencias en los niveles de satisfacción de los usuarios.

Únicamente cabe mencionar dos servicios que presentan tendencias a tener un mayor y menor nivel de satisfacción. En concreto, existe mayor grado de satisfacción entre los hospitalizados en pediatría y neonatología y existe menor grado de satisfacción en los servicios de psiquiatría y salud mental. Ambas tendencias se muestran en la satisfacción global, en el tratamiento técnico y en los recursos humanos.

El motivo de alta

El motivo de alta que se ha contemplado se refiere a las altas producidas por recuperación, traslado a otro hospital o fallecimiento. Esta variable tiene cierta influencia en la satisfacción global con el centro, con el tratamiento técnico recibido y con los recursos humanos.

Entre los usuarios que son dados de alta por recuperación, existe un descenso en los niveles de satisfacción en aquellos que son trasladados a otros hospitales respecto a aquellos que realizan su proceso asistencial en el mismo centro. Esto parece indicar que, al margen de la valoración de la calidad de los centros, un factor que contribuye a aumentar el nivel de satisfacción es que todo el proceso asistencial se realice en el mismo hospital.

Un caso particular corresponde a las altas por fallecimiento, en las que se observa una disminución de los niveles de satisfacción, aunque éste es un caso especial debido a que los entrevistados son los familiares o acompañantes de los pacientes, lo que sin duda es un hecho que condiciona su valoración.

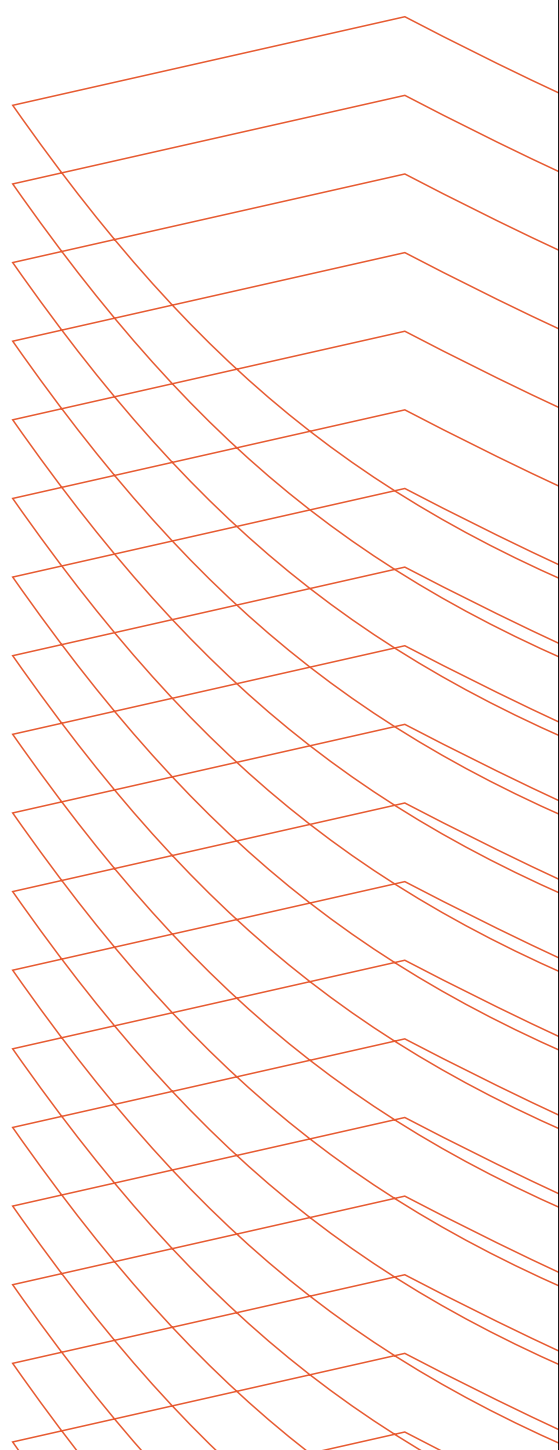
3.4 Conclusiones

Los hallazgos más relevantes del estudio sobre la satisfacción de los usuarios con los servicios de Atención Hospitalaria pueden sintetizarse en los siguientes:

- 1** La opinión de los usuarios de Atención Hospitalaria muestra un alto nivel de satisfacción con la mayoría de los aspectos recogidos en la encuesta. Un 90% de los entrevistados manifiesta estar satisfecho o muy satisfecho con la atención recibida en el hospital, y un 88% recomendaría el mismo hospital a un amigo o familiar. En el conjunto de variables en el que se emplea la escala de satisfacción, un 30% obtienen valores iguales o superiores al 90% de usuarios satisfechos, y un 50% obtienen valores situados entre el 75% y el 90% de satisfechos.
- 2** Los aspectos mejor valorados son los que se refieren a la profesionalidad y amabilidad del personal sanitario, especialmente médicos y enfermeros. Del mismo modo, se sitúan entre las mejor valoradas las cuestiones referidas al respeto dispensado en el trato a la persona hospitalizada y la confidencialidad de los datos clínicos.
- 3** Los aspectos peor valorados son los que tienen que ver con el grado de intimidad que pueden tener los usuarios y con la comodidad de las habitaciones. Del mismo modo, obtiene menor valoración la posibilidad de opinar sobre los tratamientos a que se ven sometidos los pacientes.
- 4** En el modelo explicativo calculado para observar las influencias en el índice de satisfacción global, el principal papel corresponde a la dimensión referida a los recursos humanos, con un 72,7% de la importancia en la formación del índice. Dentro de la dimensión de recursos humanos, la principal contribución se debe a la valoración de los médicos y al respeto mostrado por el personal. La segunda dimensión que más influye en la satisfacción global son las amenidades con un 12,4% de la importancia, seguidas del sistema organizativo con un 6,92%, el tratamiento técnico con un 4,44% y los servicios con un 3,2%.
- 5** Cuando se observan las influencias provenientes de factores externos a la encuesta, la mayor influencia corresponde a las características sociodemográficas de los usuarios, que reúnen un 89% de la importancia, seguidas de las características organizativas de los centros y de la relación del usuario con el centro.
- 6** La edad del usuario es la variable que más influye en la satisfacción con la atención hospitalaria, siendo ésta mayor conforme aumenta la edad de los usuarios. Del mismo modo, existe una relación entre el nivel de estudios y el nivel de satisfacción, que aumenta en los niveles de estudios primarios y en las personas sin estudios.
- 7** Los niveles de satisfacción mayores corresponden a los hospitales comarcales, seguidos de los hospitales de especialidades y los hospitales regionales. Respecto a los servicios de especialidades, los resultados son bastante homogéneos en todos los servicios, destacando únicamente un aumento de la satisfacción en los servicios de pediatría y neonatología y un descenso en los servicios de psiquiatría y salud mental.
- 8** Con respecto a la relación del usuario con el servicio, los niveles de satisfacción son mayores en los casos en que los usuarios son dados de alta por recuperación que en los casos de alta por traslado a otro hospital y por fallecimiento. Respecto a los días de hospitalización, existe un descenso en la satisfacción conforme se alarga la estancia en el hospital, que se muestra especialmente en las opiniones referidas a las amenidades.



Anexos





Anexo 1

Cálculos estadísticos del Barómetro Sanitario

Opiniones sobre la sanidad andaluza. Barómetro Sanitario

Gráfico 1 Perfil de los tipos de opinión sobre la sanidad andaluza según estudios, hábitat y edad

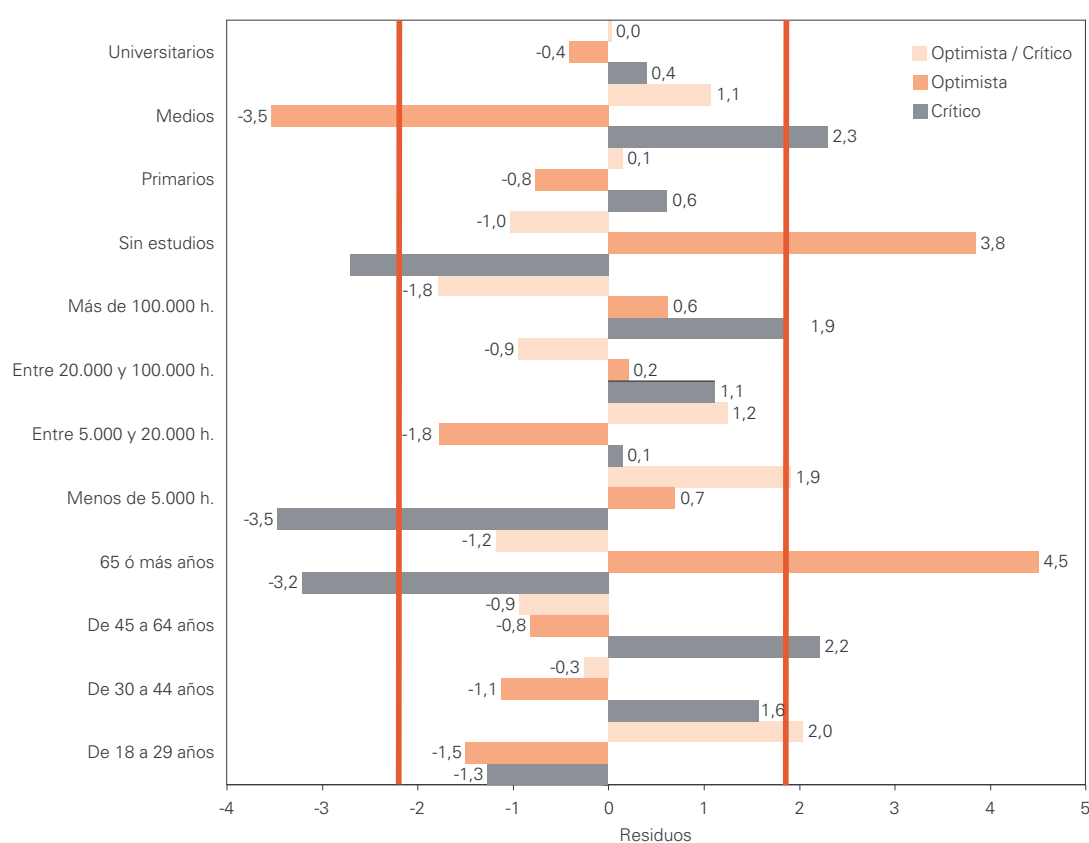


Gráfico 2 Perfil de los tipos de opinión sobre la sanidad andaluza según ocupación

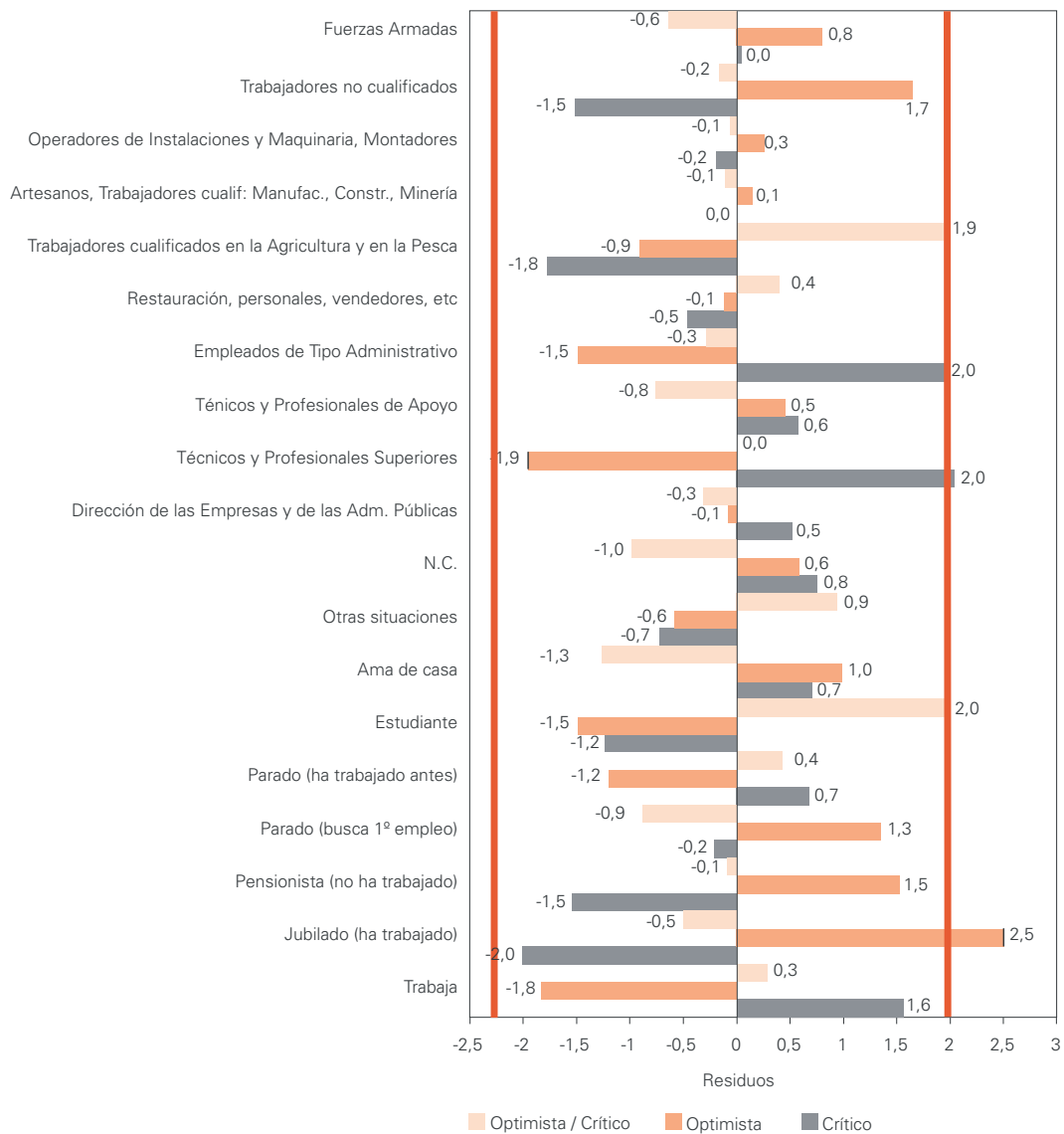


Gráfico 3 Perfil de los tipos de opinión sobre la sanidad andaluza según provincia e ingresos

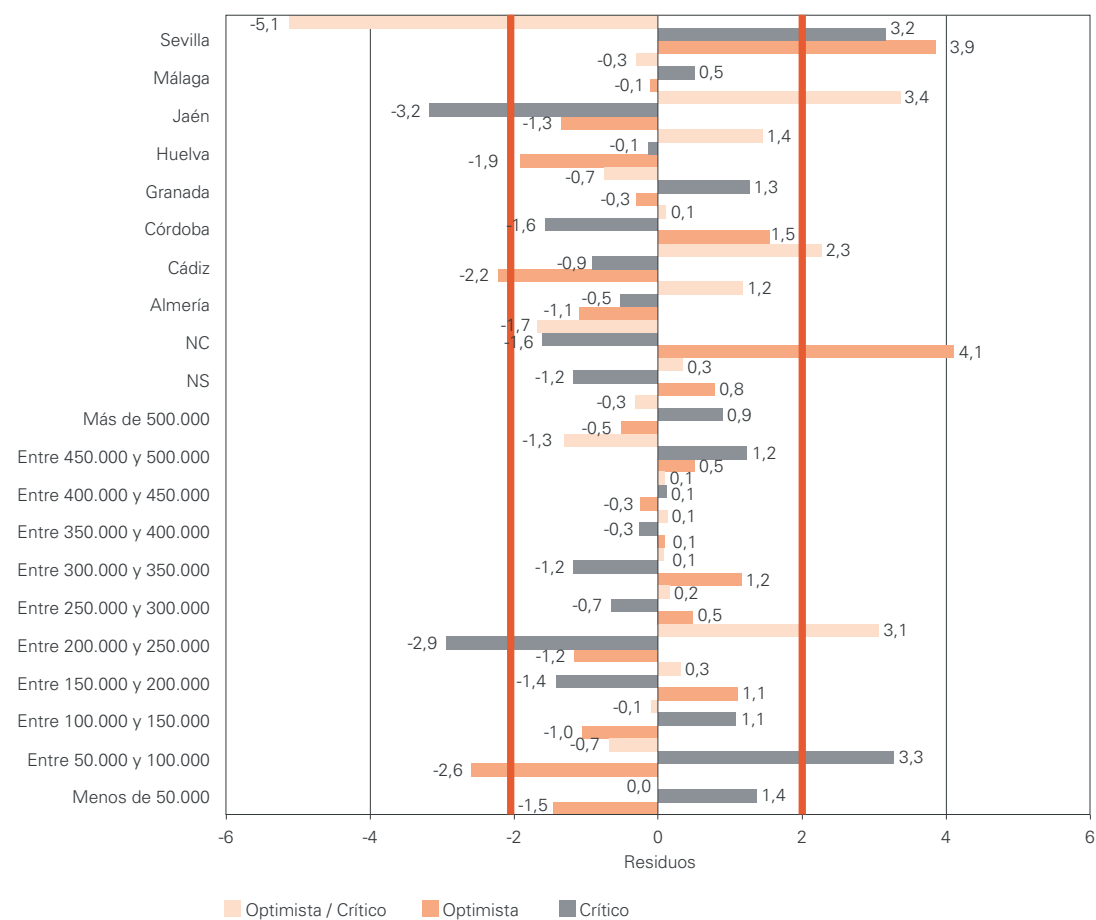
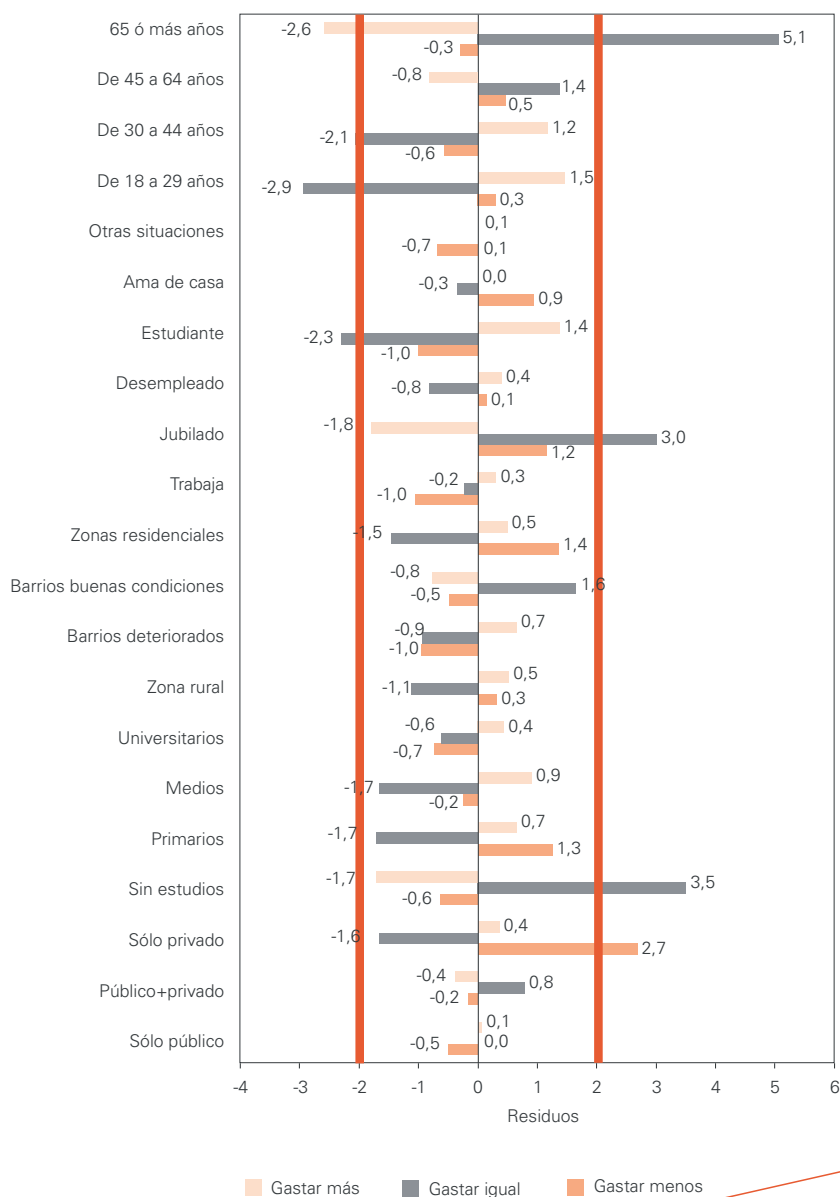


Gráfico 4 Perfil de los tipos de opinión sobre el gasto público sanitario





Anexo 2

Tabulaciones y cálculos estadísticos de la Encuesta de Satisfacción de Atención Primaria

Anexo 2.1 Tabulación de resultados
de la encuesta de Atención Primaria

Anexo 2.2 Descripción de las técnicas
estadísticas utilizadas

Anexo 2.3 Cálculos estadísticos
de la encuesta de Atención Primaria

Anexo 2.1 Tabulación de resultados de Atención Primaria.

Encuestas de Satisfacción

Cuadro 1. Indicadores de satisfacción en Atención Primaria (variables sociodemográficas)

INDICADORES EN PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN** (Suma de los valores 4 y 5 en escala 1–5)		Sexo		Edad				Estudios				Total
		Varón	Mujer	Menos de 30	De 30 a 45 años	De 46 a 65 años	Más de 65 años	Primarios o menos años	F.P. o Bachillerato	Universitarios medios	Universitarios superiores	
Satisfacción Global												
P2	Satisfacción con el centro	85%	86%	82%	84%	86%	93%	87%	85%	81%	75%	86%
P15	Confianza en la asistencia del centro	78%	80%	70%	77%	82%	90%	81%	74%	75%	71%	79%
P43	Recomendaría su centro (Sí)	86%	87%	84%	84%	87%	92%	88%	85%	79%	79%	87%
Servicio												
P10	Satisfacción tiempo de la consulta	85%	84%	80%	83%	85%	90%	86%	82%	80%	75%	85%
P40	Existe algún aspecto que mejorar (Sí)	58%	58%	65%	67%	54%	40%	52%	71%	77%	81%	58%
P41	Falta prestación importante (Sí)	43%	43%	43%	51%	42%	30%	41%	47%	54%	54%	43%
Tratamiento Técnico												
P26	Información sobre tratamientos	86%	87%	83%	85%	88%	91%	88%	84%	84%	78%	87%
P27	Permiten opinar sobre tratamiento	65%	67%	58%	65%	70%	72%	68%	63%	63%	62%	66%
Recursos humanos												
P12	Entendimiento información del médico	89%	91%	88%	90%	91%	93%	90%	90%	91%	90%	90%
P13	Atención previa por enfermero en centro (Sí)	68%	70%	62%	68%	73%	75%	71%	66%	63%	65%	69%
P14	Entendimiento información del enfermero*	92%	92%	90%	91%	93%	96%	93%	90%	90%	84%	92%
P17	Atención del médico en su domicilio*	94%	93%	91%	90%	93%	97%	94%	93%	83%	89%	93%
P19	Atención del enfermero en su domicilio*	95%	95%	94%	91%	95%	98%	95%	94%	95%	88%	95%
P22	Valoración del respeto en el trato	92%	91%	88%	89%	93%	96%	93%	89%	88%	84%	92%
P23	Disponibilidad del personal del centro	81%	78%	71%	75%	83%	90%	82%	73%	73%	66%	79%
P24_1	Valoración de los médicos de familia	90%	90%	87%	89%	91%	94%	91%	87%	88%	86%	90%
P24_2	Valoración de los pediatras*	90%	89%	87%	89%	90%	92%	89%	87%	89%	95%	89%
P24_3	Valoración de los enfermeros	91%	90%	88%	88%	92%	95%	91%	87%	89%	86%	90%
P24_4	Valoración del personal administrativo	77%	75%	68%	73%	78%	85%	79%	68%	67%	60%	75%
P24_5	Valoración de los celadores	81%	80%	75%	77%	83%	88%	83%	74%	74%	65%	80%
P25_1	Amabilidad de los médicos de familia	91%	90%	87%	89%	91%	94%	91%	88%	88%	83%	90%
P25_2	Amabilidad de los pediatras*	90%	89%	87%	90%	90%	94%	89%	89%	88%	93%	89%
P25_3	Amabilidad de los enfermeros	90%	90%	87%	88%	91%	94%	91%	87%	90%	85%	90%
P25_4	Amabilidad del personal administrativo	76%	74%	67%	72%	77%	84%	77%	68%	68%	61%	75%
P25_5	Amabilidad de los celadores	81%	79%	75%	77%	82%	88%	82%	74%	75%	70%	80%
P44	Recomendaría su médico de familia (Sí)	91%	91%	88%	90%	93%	94%	92%	89%	90%	83%	91%
Amenidades												
P7	Comodidad de las instalaciones	70%	72%	71%	66%	72%	78%	73%	67%	59%	58%	71%

Base general: casos válidos, exceptuando No sabe, No contesta o No procede.

* Pregunta filtrada (con casos que cumplen la condición en el filtro).

** Excepto en respuestas dicotómicas (porcentaje que responden sí) y medidas numéricas (media).

Cuadro 2. Indicadores de satisfacción en Atención Primaria (variables sociodemográficas) (Continuación)

INDICADORES EN PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN** (Suma de los valores 4 y 5 en escala 1–5)		Sexo		Edad				Estudios				Total
		Varón	Mujer	Menos de 30	De 30 a 45 años	De 46 a 65 años	Más de 65 años	Primarios o menos años	F.P. o Bachillerato	Universitarios medios	Universitarios superiores	
Sistema organizativo												
P3	Contacto previo por teléfono con el centro (Si)	42%	54%	45%	59%	51%	39%	47%	58%	61%	60%	50%
P4	Facilidad con el teléfono*	50%	46%	46%	44%	47%	56%	49%	42%	47%	38%	47%
P5	Facilidad para trámites y papeles	77%	76%	74%	75%	77%	82%	78%	76%	70%	65%	77%
P6	Valoración del tiempo de espera	38%	38%	33%	39%	39%	42%	39%	37%	36%	33%	38%
P8	Identificación de los profesionales	70%	70%	65%	65%	73%	77%	72%	63%	58%	56%	70%
P9	Facilidad identificación profesionales	76%	78%	71%	75%	80%	82%	79%	71%	68%	63%	77%
P11	Adecuación de horarios del centro	80%	84%	77%	81%	86%	90%	85%	78%	76%	73%	83%
P20	Organización del centro en general	70%	72%	68%	65%	74%	84%	74%	66%	58%	59%	71%
P21	Confidencialidad de los datos clínicos	93%	93%	92%	92%	93%	96%	94%	90%	92%	90%	93%
P28	Utilización habitual del teléfono para pedir cita (Si)	23%	33%	31%	37%	26%	21%	27%	35%	36%	36%	30%
P32	Le dieron cita para el día que quería (Si)*	88%	87%	87%	88%	88%	88%	88%	87%	90%	89%	88%
P33	Fue recibido el día que le citaron (Si)*	96%	97%	97%	98%	97%	95%	97%	98%	95%	100%	97%
P35	Le dieron número para el día que quería (Si)*	95%	95%	95%	95%	96%	96%	95%	95%	96%	97%	95%
P36	Fue recibido el día para el que le dieron número (Si)*	98%	99%	99%	98%	99%	99%	98%	99%	99%	100%	99%
P39	Facilidad cambio médico de familia*	77%	76%	78%	77%	75%	77%	78%	73%	77%	72%	77%
Otros indicadores de acceso y demanda												
P48	Coordinación médico de familia–especialista*	67%	69%	61%	59%	72%	84%	73%	58%	51%	42%	68%
P49	Informado en CS de posible elección de especialista (Si)*	57%	56%	48%	57%	58%	59%	56%	56%	54%	53%	56%
P50	Le consiguen la cita con el especialista desde el CS (Si)*	79%	80%	78%	78%	80%	83%	82%	77%	67%	68%	80%
P34	Tiempo de espera mediante cita (minutos)*	24,46	23,33	24,80	22,51	24,44	22,92	23,85	22,43	23,56	26,18	23,67
P37	Tiempo de espera mediante número (minutos)*	32,55	33,53	33,06	33,21	34,12	31,81	33,07	33,75	34,50	33,84	33,20
P16	Atención previa por médico en el domicilio (Si)	29%	32%	22%	24%	37%	45%	34%	23%	26%	21%	31%
P18	Atención previa por enfermero en el domicilio (Si)	20%	21%	12%	16%	26%	31%	24%	13%	12%	11%	21%
P38	Solicitud de cambio de médico (Si)	15%	17%	15%	19%	16%	13%	15%	19%	22%	20%	16%
P45_1	Atención a domicilio en último año por enfermedad grave (Si)	12%	13%	8%	8%	14%	22%	14%	8%	12%	8%	12%
P45_2	Atención a domicilio en último año por enfermedad crónica (Si)	21%	20%	7%	11%	29%	40%	23%	12%	16%	11%	20%
P45_3	Vacunación infantil en el último año (Si) *	14%	27%	26%	50%	6%	1%	37%	49%	49%	52%	23%
P45_4	Seguimiento de salud infantil en el último año (Si) *	13%	28%	26%	51%	6%	1%	37%	50%	54%	51%	23%
P47	Asistencia a médico especialista del SAS (Si) *	67%	72%	58%	68%	77%	79%	71%	68%	72%	64%	70%
P46	Número medio de veces que ha ido al centro en último año	12,42	14,40	9,67	12,83	15,69	17,14	14,73	11,88	9,96	8,56	13,75

Cuadro 3. Indicadores de satisfacción en Atención Primaria (variables organizativas y territoriales)

INDICADORES EN PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN** (Suma de los valores 4 y 5 en escala 1-5)		Origen de la visita				Tamaño de hábitat				Tipo de centro				Total
		Médico de familia	Pediatra	Enfermero	Otros	Menos de 2.000	2.000-5.000	5.000-20.000	20.000-100.000	Más de 100.000	Centro de Salud	Consultorio reconvertido	Consultorio no reconvertido	
Satisfacción global														
P2	Satisfacción con el centro	86%	86%	88%	80%	87%	88%	87%	83%	87%	86%	88%	84%	86%
P15	Confianza en la asistencia del centro	79%	78%	82%	71%	82%	81%	79%	74%	81%	80%	82%	74%	79%
P43	Recomendaría su centro (Si)	86%	86%	89%	84%	82%	84%	89%	85%	88%	90%	82%	82%	87%
Servicio														
P10	Satisfacción tiempo de la consulta	85%	84%	85%	78%	87%	86%	86%	82%	84%	88%	87%	75%	85%
P40	Existe algún aspecto que mejorar (Si)	58%	63%	54%	61%	54%	53%	52%	63%	60%	54%	55%	71%	58%
P41	Falta prestación importante (Si)	43%	45%	40%	36%	57%	54%	45%	45%	33%	40%	51%	42%	43%
Tratamiento técnico														
P26	Información sobre tratamientos	87%	87%	88%	81%	88%	89%	88%	82%	88%	87%	89%	83%	87%
P27	Permiten opinar sobre tratamiento	66%	66%	67%	66%	71%	66%	67%	60%	69%	69%	69%	58%	66%
Recursos humanos														
P12	Entendimiento información del médico	90%	92%	89%	86%	89%	91%	92%	90%	90%	92%	91%	87%	90%
P13	Atención previa por enfermero en centro (Si)	65%	65%	94%	57%	76%	79%	74%	67%	63%	69%	77%	62%	69%
P14	Entendimiento información del enfermero*	92%	92%	95%	84%	96%	96%	92%	88%	93%	91%	96%	91%	92%
P17	Atención del médico en su domicilio*	93%	93%	94%	91%	96%	96%	92%	89%	94%	93%	95%	92%	93%
P19	Atención del enfermero en su domicilio*	95%	91%	97%	91%	98%	96%	94%	90%	95%	94%	97%	91%	95%
P22	Valoración del respeto en el trato	92%	89%	92%	86%	95%	96%	93%	87%	91%	91%	95%	90%	92%
P23	Disponibilidad del personal del centro	79%	76%	82%	72%	86%	87%	80%	71%	80%	79%	86%	74%	79%
P24_1	Valoración de los médicos de familia	91%	89%	89%	84%	88%	92%	91%	90%	90%	91%	90%	89%	90%
P24_2	Valoración de los pediatras*	87%	91%	87%	78%	81%	89%	89%	90%	89%	90%	86%	89%	89%
P24_3	Valoración de los enfermeros	90%	89%	94%	84%	94%	94%	89%	88%	91%	90%	94%	88%	90%
P24_4	Valoración del personal administrativo	75%	75%	79%	73%	89%	87%	77%	67%	78%	74%	87%	73%	75%
P24_5	Valoración de los celadores	80%	81%	84%	72%	82%	88%	81%	73%	83%	80%	83%	79%	80%
P25_1	Amabilidad de los médicos de familia	91%	88%	90%	81%	88%	92%	90%	89%	90%	91%	90%	89%	90%
P25_2	Amabilidad de los pediatras*	88%	92%	88%	78%	83%	89%	90%	90%	89%	91%	87%	87%	89%
P25_3	Amabilidad de los enfermeros	90%	87%	93%	84%	94%	94%	89%	86%	91%	89%	94%	88%	90%
P25_4	Amabilidad del personal administrativo	74%	74%	79%	73%	87%	87%	76%	65%	77%	73%	86%	73%	75%
P25_5	Amabilidad de los celadores	79%	80%	84%	74%	85%	88%	81%	71%	83%	80%	84%	79%	80%
P44	Recomendaría su médico de familia (Si)	92%	90%	90%	84%	88%	93%	92%	91%	91%	91%	91%	91%	91%
Amenidades														
P7	Comodidad de las instalaciones	71%	70%	71%	78%	66%	68%	77%	66%	73%	81%	67%	52%	71%

Cuadro 4. Indicadores de satisfacción en Atención Primaria (variables organizativas y territoriales)

INDICADORES EN PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN** (Suma de los valores 4 y 5 en escala 1–5)		Origen de la visita				Tamaño de hábitat				Tipo de centro				Total
		Médico de familia	Pediatra	Enfermero	Otros	Menos de 2.000	2.000–5.000	5.000–20.000	20.000–100.000	Más de 100.000	Centro de Salud	Consultorio reconvertido	Consultorio no reconvertido	
Sistema organizativo														
P3	Contacto previo por teléfono con el centro (Si)	49%	64%	43%	53%	18%	39%	59%	62%	51%	67%	30%	30%	50%
P4	Facilidad con el teléfono*	47%	43%	53%	47%	85%	76%	49%	33%	46%	39%	77%	63%	47%
P5	Facilidad para trámites y papeles	76%	77%	79%	74%	82%	82%	79%	70%	76%	75%	83%	74%	77%
P6	Valoración del tiempo de espera	37%	43%	42%	37%	41%	36%	43%	39%	36%	42%	40%	29%	38%
P8	Identificación de los profesionales	70%	66%	72%	60%	73%	74%	72%	64%	69%	68%	75%	67%	70%
P9	Facilidad identificación profesionales	78%	74%	78%	65%	92%	88%	78%	66%	75%	73%	90%	74%	77%
P11	Adecuación de horarios del centro	83%	82%	85%	78%	80%	83%	85%	82%	84%	85%	82%	79%	83%
P20	Organización del centro en general	71%	68%	75%	71%	73%	73%	72%	63%	75%	74%	73%	64%	71%
P21	Confidencialidad de los datos clínicos	93%	93%	94%	92%	96%	95%	94%	91%	92%	94%	95%	90%	93%
P28	Utilización habitual del teléfono para pedir cita (Si)	28%	42%	23%	38%	6%	21%	41%	36%	28%	47%	14%	3%	30%
P32	Le dieron cita para el día que quería (Si)*	87%	92%	86%	77%	94%	92%	90%	85%	88%	88%	92%	71%	88%
P33	Fue recibido el día que le citaron (Si)*	97%	98%	97%	97%	99%	97%	99%	98%	95%	97%	98%	92%	97%
P35	Le dieron número para el día que quería (Si)*	95%	96%	96%	89%	98%	97%	94%	97%	94%	88%	98%	98%	95%
P36	Fue recibido el día para el que le dieron número (Si)*	99%	99%	98%	100%	99%	99%	97%	99%	99%	96%	99%	99%	99%
P39	Facilidad cambio médico de familia*	76%	80%	75%	69%	73%	79%	78%	78%	75%	74%	77%	81%	77%

INDICADORES EN PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN** (Suma de los valores 4 y 5 en escala 1–5)		Origen de la visita					Tamaño de hábitat				Tipo de centro			Total
		Médico de familia	Pediatra	Enfermero	Otros	Menos de 2.000	2.000–5.000	5.000–20.000	20.000–100.000	Más de 100.000	Centro de Salud	Consultorio reconvertido	Consultorio no reconvertido	
Otros indicadores de acceso y demanda														
P48	Coordinación médico de familia–especialista*	69%	61%	70%	60%	78%	76%	75%	63%	63%	68%	75%	63%	68%
P49	Informado en CS de posible elección de especialista (Si)*	56%	56%	55%	53%	49%	57%	54%	50%	62%	55%	54%	61%	56%
P50	Le consiguen la cita con el especialista desde el CS (Si)*	80%	79%	78%	82%	72%	80%	86%	86%	75%	81%	76%	80%	80%
P34	Tiempo de espera mediante cita (minutos)*	24,93	19,92	19,94	26,78	30,07	23,04	22,70	22,99	24,62	23,37	24,36	31,70	23,67
P37	Tiempo de espera mediante número (minutos)*	36,11	28,59	23,87	30,74	30,60	36,14	30,63	32,30	34,14	29,29	31,10	36,21	33,20
P16	Atención previa por médico en el domicilio (Si)	33%	21%	33%	32%	35%	42%	33%	29%	26%	28%	38%	31%	31%
P18	Atención previa por enfermero en el domicilio (Si)	21%	15%	25%	15%	31%	32%	25%	17%	15%	20%	30%	15%	15%
P38	Solicitud de cambio de médico (Si)	16%	18%	13%	15%	5%	10%	15%	21%	18%	17%	9%	19%	16%
P45_1	Atención a domicilio en último año por enfermedad grave (Si)	13%	7%	14%	18%	15%	17%	13%	11%	11%	12%	15%	11%	12%
P45_2	Atención a domicilio en último año por enfermedad crónica (Si)	21%	7%	29%	17%	23%	23%	21%	18%	21%	20%	23%	20%	20%
P45_3	Vacunación infantil en el último año (Si) *	14%	78%	15%	15%	16%	23%	23%	27%	22%	24%	20%	22%	23%
P45_4	Seguimiento de salud infantil en el último año (Si) *	13%	82%	14%	15%	15%	23%	24%	28%	22%	25%	19%	21%	23%
P47	Asistencia a médico especialista del SAS (Si) *	72%	61%	74%	61%	70%	74%	67%	68%	73%	68%	71%	75%	70%
P46	Número medio de veces que ha ido al centro en último año	13,39	12,81	16,22	15,92	14,82	14,33	14,92	13,25	12,91	13,48	14,55	13,62	13,75

Cuadro 5. Indicadores de satisfacción en Atención Primaria (provincias)

INDICADORES EN PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN** (Suma de los valores 4 y 5 en escala 1-5)		Provincia								Total
		Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	
Satisfacción global										
P2	Satisfacción con el centro	83%	87%	87%	87%	87%	88%	87%	83%	86%
P15	Confianza en la asistencia del centro	75%	75%	82%	81%	79%	82%	82%	78%	79%
P43	Recomendaría su centro (Si)	87%	85%	89%	85%	88%	88%	87%	86%	87%
Servicio										
P10	Satisfacción tiempo de la consulta	86%	85%	88%	85%	88%	87%	82%	82%	85%
P40	Existe algún aspecto que mejorar (Si)	57%	57%	57%	69%	58%	44%	59%	58%	58%
P41	Falta prestación importante (Si)	34%	33%	51%	49%	44%	42%	43%	46%	43%
Tratamiento técnico										
P26	Información sobre tratamientos	87%	87%	88%	86%	93%	87%	86%	85%	87%
P27	Permiten opinar sobre tratamiento	73%	70%	70%	61%	67%	70%	76%	54%	66%
Recursos humanos										
P12	Entendimiento información del médico	88%	90%	91%	90%	94%	89%	90%	90%	90%
P13	Atención previa por enfermero en centro (Si)	67%	65%	78%	75%	71%	73%	68%	65%	69%
P14	Entendimiento información del enfermero*	90%	91%	91%	92%	96%	94%	92%	93%	92%
P17	Atención del médico en su domicilio*	96%	90%	93%	95%	97%	95%	94%	92%	93%
P19	Atención del enfermero en su domicilio*	95%	95%	95%	95%	98%	96%	96%	92%	95%
P22	Valoración del respeto en el trato	92%	90%	91%	94%	95%	93%	93%	89%	92%
P23	Disponibilidad del personal del centro	77%	78%	82%	81%	84%	82%	78%	76%	79%
P24_1	Valoración de los médicos de familia	89%	90%	92%	89%	94%	90%	90%	89%	90%
P24_2	Valoración de los pediatras*	86%	87%	91%	90%	85%	88%	92%	88%	89%
P24_3	Valoración de los enfermeros	92%	92%	91%	90%	95%	89%	92%	88%	90%
P24_4	Valoración del personal administrativo	75%	75%	76%	69%	83%	80%	78%	74%	75%
P24_5	Valoración de los celadores	78%	79%	78%	75%	87%	82%	86%	82%	80%
P25_1	Amabilidad de los médicos de familia	89%	91%	92%	87%	94%	89%	91%	90%	90%
P25_2	Amabilidad de los pediatras*	87%	87%	92%	87%	90%	91%	92%	88%	89%
P25_3	Amabilidad de los enfermeros	90%	91%	90%	90%	96%	88%	91%	88%	90%
P25_4	Amabilidad del personal administrativo	74%	74%	74%	69%	83%	79%	77%	73%	75%
P25_5	Amabilidad de los celadores	78%	77%	76%	77%	88%	83%	84%	82%	80%
P44	Recomendaría su médico de familia (Si)	91%	92%	94%	90%	93%	90%	90%	92%	91%
Amenidades										
P7	Comodidad de las instalaciones	63%	68%	71%	67%	74%	76%	74%	71%	71%

Cuadro 6. Indicadores de satisfacción en Atención Primaria (provincias) (Continuación)

INDICADORES EN PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN** (Suma de los valores 4 y 5 en escala 1-5)		Provincia								
		Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Andalucía
Sistema organizativo										
P3	Contacto previo por teléfono con el centro (Si)	47%	48%	54%	46%	45%	57%	54%	49%	50%
P4	Facilidad con el teléfono*	46%	47%	45%	49%	65%	40%	46%	48%	47%
P5	Facilidad para trámites y papeles	77%	77%	80%	80%	81%	79%	75%	72%	76%
P6	Valoración del tiempo de espera	30%	46%	41%	40%	35%	37%	48%	29%	38%
P8	Identificación de los profesionales	66%	72%	70%	64%	69%	65%	70%	73%	70%
P9	Facilidad identificación profesionales	80%	77%	76%	83%	83%	74%	73%	76%	77%
P11	Adecuación de horarios del centro	79%	85%	86%	79%	85%	88%	85%	81%	83%
P20	Organización del centro en general	71%	67%	70%	70%	72%	76%	74%	71%	71%
P21	Confidencialidad de los datos clínicos	91%	92%	93%	92%	94%	94%	93%	94%	93%
P28	Utilización habitual del teléfono para pedir cita (Si)	28%	31%	33%	28%	20%	40%	36%	22%	30%
P32	Le dieron cita para el día que quería (Si)*	91%	92%	95%	87%	84%	91%	83%	84%	88%
P33	Fue recibido el día que le citaron (Si)*	100%	93%	98%	98%	99%	100%	95%	98%	97%
P35	Le dieron número para el día que quería (Si)*	97%	97%	99%	97%	79%	98%	96%	96%	95%
P36	Fue recibido el día para el que le dieron número (Si)*	99%	98%	98%	99%	99%	97%	97%	99%	99%
P39	Facilidad cambio médico	83%	76%	72%	78%	90%	74%	78%	72%	77%
Otros indicadores de acceso y demanda										
P48	Coordinación médico de familia-especialista*	70%	58%	65%	66%	78%	79%	65%	74%	68%
P49	Informado en CS de posible elección de especialista (Si)*	53%	54%	58%	47%	63%	60%	62%	55%	56%
P50	Le consiguen la cita con el especialista desde el CS (Si)*	78%	71%	89%	67%	83%	84%	69%	95%	80%
P34	Tiempo de espera mediante cita (minutos)*	32,12	18,43	22,11	26,09	29,92	21,80	20,57	26,88	23,67
P37	Tiempo de espera mediante número (minutos)*	44,31	29,17	28,44	33,71	33,59	27,19	30,62	37,71	33,22
P16	Atención previa por médico en el domicilio (Si)	23%	30%	33%	26%	32%	39%	22%	39%	31%
P18	Atención previa por enfermero en el domicilio (Si)	19%	15%	23%	20%	25%	31%	16%	23%	21%
P38	Solicitud de cambio de médico de cabecera (Si)	17%	18%	18%	13%	13%	12%	21%	13%	16%
P45_1	Atención a domicilio en último año por enfermedad grave (Si)	10%	7%	14%	13%	13%	19%	12%	13%	12%
P45_2	Atención a domicilio en último año por enfermedad crónica (Si)	26%	18%	26%	22%	28%	19%	21%	15%	20%
P45_3	Vacunación infantil en el último año (Si) *	22%	26%	21%	22%	24%	24%	22%	22%	23%
P45_4	Seguimiento de salud infantil en el último año (Si) *	20%	26%	20%	25%	26%	23%	22%	22%	23%
P47	Asistencia a médico especialista del SAS (Si) *	64%	70%	79%	79%	64%	67%	76%	63%	70%
P46	Número medio de veces que ha ido al centro en último año	15,99	14,43	13,64	15,35	13,43	13,80	13,31	12,06	13,74

Anexo 2.2 Descripción de las técnicas estadísticas utilizadas.

Encuestas de Satisfacción

En este anexo se describen brevemente las técnicas estadísticas que se han utilizado, especificándose más adelante los cálculos realizados y los resultados concretos obtenidos en la encuesta.

1. Cálculo de indicadores de resumen de variables con información redundante

Dado que nuestro objetivo es incluir la información presente en el cuestionario como variables dependientes o independientes en una regresión, es conocido el problema que aparece cuando se introducen en el análisis variables que guardan una fuerte relación entre sí. Este problema es conocido como colinealidad, y presenta numerosas consecuencias negativas, algunas de las cuales son: una falta de estabilidad en los modelos y una mayor dificultad para interpretar los resultados, pudiendo incluso provocar que el modelo no se pueda calcular. Por ello, cuando hemos encontrado un conjunto de preguntas que guardan una correlación muy alta, hemos optado por resumirlas previamente en un solo indicador, ya que se puede suponer que ambas preguntas miden una sola variable subyacente.

Las técnicas empleadas han sido fundamentalmente dos: el promedio de variables con escalas similares y la reducción de datos mediante análisis de componentes principales categórico. A continuación se especifican las condiciones para emplear cada uno de los procedimientos.

1.1 Agregación de variables ordinales y comprobación de la consistencia de la escala mediante la α de Cronbach

En unos casos se ha resumido un conjunto de variables simplemente con el promedio de sus preguntas. Esta es la solución más simple y, por tanto, la más indicada cuando es posible realizarla. Sin embargo, para que se pueda optar por esta solución sin desfigurar la información es necesario que se cumplan dos requisitos:

1. Las variables que se quieren resumir deben tener igual nivel de medición, y el número de valores que deben tomar debe ser el mismo. Evidentemente, no tiene sentido hacer el promedio de una variable cuyos valores son sí / no y una con una escala de 1 a 5.
2. Las escalas en que están medidas deben ser homogéneas, es decir, no basta con que dos medidas estén expresadas con los mismos valores (por ejemplo, de 1 a 5), sino que es necesario que las respuestas nos lleven a la conclusión de que la posición de los valores de las escalas de las preguntas en la variable subyacente es la misma. Para verificar que se cumple esta segunda condición se ha realizado un análisis de fiabilidad, a través del método de verificación de la consistencia interna, utilizando como estadístico la α de Cronbach. A continuación se expone brevemente en qué consiste este análisis.

Este estadístico toma la forma siguiente: $\alpha = \frac{N\bar{p}}{(1+\bar{p})(N-1)}$, donde N es el número de variables, y \bar{p} es el promedio de la correlación entre las variables (Carmines y Zeller, 1979). De la ecuación anterior es sencillo deducir que este coeficiente toma los valores de 0 a 1. El valor uno lo alcanzará si la correlación entre todas las variables es 1, y el valor cero lo alcanzará si todas las variables están incorreladas. En general, es recomendable que el valor de α no esté por debajo de 0,8 (Carmines y Zeller, 1979).

1.2 Análisis de Componentes Principales Categórico

Si no es posible resumir varias variables con su promedio por alguna de las razones explicadas anteriormente es necesario utilizar una técnica alternativa. El problema fundamental que se plantea es que es necesario situar en la escala de la variable subyacente, que se supone que existe, las respuestas de las variables que hemos obtenido, partiendo de la hipótesis de que son reflejo de la variable subyacente.

Un conjunto de técnicas apropiadas en dicha situación son las conocidas como escalamiento óptimo. En este caso concreto se utiliza el Análisis de Componentes Principales Categórico (CATPCA), tal como está implementado en el paquete estadístico SPSS, versión 10. Un estudio más detallado de esta técnica se puede encontrar en Gifi, 1990. El propósito de esta técnica es el mismo que el del Análisis de Componentes Principales clásico (PCA), introducido por Pearson a comienzos de siglo, es decir, transformar un conjunto de variables en otro, de forma que reteniendo sólo un número reducido de variables finales (dimensiones) se pierda sólo una parte pequeña de la información que contenía el conjunto original de variables.

La diferencia fundamental entre el PCA y el análisis de componentes principales categórico (CATPCA) es el tipo de variables que utiliza. El PCA necesita variables medidas en una escala métrica, mientras que el CATPCA utiliza cualquier tipo de variables. Dado que nuestras variables tienen un nivel de medida ordinal o nominal, es necesario utilizar el segundo de los procedimientos.

Dado que, en general, salvo que una variable sea completamente dependiente de las otras es imposible retener toda la información que contiene un conjunto de variables en un conjunto más pequeño, es necesario que exista una pérdida de información. Esta pérdida es medida por una función llamada función de pérdida. El CATPCA transforma las variables originales de forma que esta función de pérdida sea mínima, correspondiendo a cada categoría de la variable original un valor llamado cuantificación. Además, cada una de las variables transformadas (componentes) interviene en cada uno de las dimensiones con un coeficiente. Las restricciones sobre las cuantificaciones vienen determinadas por el tipo de variables que se transformen: las variables nominales no tienen restricciones para transformarse; las transformaciones de las variables ordinales deben conservar el orden de las categorías, pero no necesariamente la distancia, y las transformaciones de las variables numéricas deben conservar tanto el orden como la distancia.

Los valores de las cuantificaciones y las cargas son los óptimos para que la función de pérdida sea mínima en el sentido de mínimos cuadrados, y se encuentran mediante un algoritmo llamado mínimos cuadrados alternados (ALS) (Gifi, 1990).

A continuación se detallará la interpretación de los principales resultados de este tipo de análisis.

Autovalores

Como hemos señalado anteriormente, el objetivo del CATPCA es resumir la información que existe en un conjunto de variables con un número menor de variables, que llamamos dimensiones. Restringiremos la explicación al caso de que existan sólo variables ordinales, ya que el más sencillo, y el que aparece en nuestro estudio. En este caso, el número de dimensiones máximo que se pueden calcular es igual al número de variables originales. Si retenemos todas estas dimensiones, nuestra pérdida de información será cero. En cambio, si sólo retenemos parte de estas dimensiones, ocurrirá una mayor pérdida de información. La parte de información que se mantiene con cada una de las dimensiones viene dada por el valor del autovalor, de forma que si el autovalor de un eje es 1, la cantidad de información que contiene es equivalente al de una variable original, si es 2 correspondería a dos variables originales, etc. La proporción de información retenida por un conjunto de dimensiones sobre el total de información existente en las variables originales vendrá dada por la suma de los autovalores de las dimensiones, dividido por el número de variables originales.

Cuantificaciones de las categorías de las variables originales

Como se ha mencionado, cada una de las variables originales es transformada en otra, de forma que a cada una de las categorías de las variables originales le corresponde un valor, llamado cuantificación. Este valor se puede interpretar como la posición que ocupa la categoría de la variable original en la variable subyacente correspondiente, representada por una dimensión.

Cargas de las componentes y varianza explicada por cada variable

Cada una de las variables transformadas es multiplicada por un coeficiente para calcular las dimensiones, coeficiente que es hallado de forma que se minimice la función de pérdida. Sin embargo, la interpretación de este coeficiente no es tan clara como la de los coeficientes de regresión, ya que se refiere a la variable transformada, no a la original. En lugar de utilizar estos coeficientes, para saber la importancia de las variables originales en el cálculo de las dimensiones podemos utilizar las correlaciones de las variables transformadas. Otro indicador de la importancia de cada variable es la varianza explicada. Este muestra la parte del total de la información que es aportada por cada una de las variables. La suma de las varianzas explicadas de todas las variables coincidirá con el autovalor de la dimensión.

2. Modelos explicativos

En el transcurso del estudio se han realizado modelos que buscan explicar unas variables a partir de otras. Concretamente, tanto en los análisis realizados en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria buscamos, en primer lugar, modelos que expliquen la generación de una opinión global sobre el centro en el usuario a través de sus opiniones sobre aspectos parciales de la atención y, posteriormente, estudiamos los factores que influyen en la satisfacción. Para ello nos encontramos de nuevo con el inconveniente de

que las variables que manejamos no son métricas, sino ordinales o nominales. Por tanto, no es conveniente la realización de regresiones clásicas, que suponen unos niveles de medida numéricos. De nuevo recurriremos a la familia de procedimientos del escalamiento óptimo desarrollada por la Universidad de Leyden, y en este caso a la regresión con escalamiento óptimo (NOMREG). A continuación se explica de forma breve en qué consiste este procedimiento.

2.1 La regresión con escalamiento óptimo

Como es sabido, la regresión lineal es un procedimiento muy antiguo en estadística, utilizado para explicar una variable en función de otras, mediante la creación de una función, llamada de regresión, de la forma $\hat{y} = f(x_1, \dots, x_n) = a_1 x_1 + \dots + a_n x_n$. Esta función se calcula de forma que $(\hat{y} - y)^2$ sea mínima (función óptima según mínimos cuadrados).

También es sabido que el análisis de la varianza y la regresión lineal son casos particulares del modelo lineal general, donde en la regresión las variables independientes son numéricas y en el ANOVA son factores categóricos. Desgraciadamente, en nuestro caso las variables independientes incluyen variables ordinales, que no se pueden encuadrar dentro del modelo lineal general. La regresión por escalamiento óptimo prepara las variables, transformándolas en otras para que la regresión entre estas nuevas variables sea óptima. De la misma manera que en el CATPCA, a cada categoría de una variable le corresponde un valor, llamado cuantificación, calculado según un algoritmo de mínimos cuadrados alternados, que optimiza la relación de las variables, y la función que se calcula es del tipo $\hat{y} = f(x_1, \dots, x_n) = a_1 g(x_1) + \dots + a_n g(x_n)$. En el caso de que todas nuestras variables dependientes sean nominales los resultados obtenidos serán parecidos a los que obtendríamos si realizáramos un ANOVA.

Al igual que en la regresión lineal clásica, los resultados principales son los coeficientes de regresión. Pero, como sucedía con el CATPCA, en este análisis estos coeficientes no son muy fácilmente interpretables, dado que las variables explicativas no tienen una métrica concreta. En cambio, es preferible utilizar la importancia de Pratt de cada variable dependiente para resaltar qué variables tienen una mayor influencia. Este estadístico resulta de multiplicar el coeficiente de regresión de cada variable por la correlación con la variable dependiente, y dividir el resultado por el R^2 del modelo. Por tanto la suma de las importancias de todas las variables independientes es 100. La correlación parcial nos informa de en qué medida es fuerte la dependencia.

Gráficos de perfil

A veces, especialmente cuando las variables independientes son nominales, no nos interesa demasiado la relación de la variable a observar con la variable independiente, sino que lo que nos interesa es cómo afecta cada una de las categorías de dichas variables. Para exponer este resultado se usaremos unos gráficos de perfil en los que apararen visualmente estas influencias. Con ellos se representan lo que en la terminología del ANOVA se llaman medias marginales estimadas, es decir, el valor medio que tiene la variable dependiente en cada categoría de las variables independientes, una vez eliminado el efecto del resto de variables.

El procedimiento de cálculo es el siguiente: para obtener la media marginal estimada de una categoría de una variable se multiplica el valor de la cuantificación de la categoría por el coeficiente de regresión de la variable. Ello nos da la magnitud del efecto (positivo o negativo) que la categoría de la variable tiene en la variable dependiente transformada. Para obtener cuál es el efecto en la variable dependiente original deshacemos la transformación que se lleva a cabo en ella (este proceso es sólo viable si la variable dependiente se considera numérica). Si tenemos variables independientes ordinales, para poder realizar los gráficos de perfil es necesario primero convertirlas en nominales, partiéndolas en los intervalos que parezcan más adecuados según las cuantificaciones.

Un inconveniente de esta forma de calcular las medias marginales estimadas es que no se pueden calcular unos intervalos de confianza para los valores estimados y, por tanto, no se puede saber hasta qué punto son fiables estas estimaciones. Para resolver este problema se ha realizado un análisis de la varianza incluyendo las variables ordinales como nominales convirtiéndolas de la misma manera que se ha hecho para calcular los gráficos de perfil, y se han calculado los intervalos de confianza para las medias marginales estimadas que resultan en el ANOVA, que han de ser aproximadamente iguales.

Dada la forma de cálculo de las medias marginales estimadas, que recogen los efectos de unas categorías eliminando el efecto de las demás, es decir, suponiendo que todas las demás están en sus valores medios, a veces es más útil analizar el efecto de varias categorías de varias variables conjuntamente, si no suelen presentarse por separado. Por ejemplo, puede no ser muy útil estudiar la diferencia de satisfacción de los jubilados sin tener en cuenta su edad, ya que es poco habitual que los jubilados sean jóvenes. Lo mismo puede ocurrir con los estudiantes. Dado que la función de regresión es lineal, para conocer los efectos de varias categorías de distintas variables conjuntamente, basta con sumarlos (o restarlos, si son de distinto signo).

Anexo 2.3 Cálculos estadísticos de la Encuesta de Satisfacción de Atención Primaria

1. Cálculo de indicadores de resumen de variables con información redundante

El resumen de varias preguntas en un solo indicador se ha realizado en dos casos: en el de las preguntas de satisfacción genérica, y en algunas de las preguntas de satisfacción parciales. Comenzamos con el primero de ellos.

1.1 Cálculo del indicador de resumen de las preguntas de satisfacción genérica

Dado que se parte de que estas preguntas miden una misma variable subyacente, que es la satisfacción hacia la atención primaria recibida en el centro en su conjunto, se ha procedido a resumirlas en una sola variable. Las tres variables que se pretenden resumir no están expresadas en la misma escala, ya que dos de ellas tienen cinco valores (P2 y P15), mientras que la pregunta sobre la recomendación del centro (P43) sólo tiene dos valores posibles. Por tanto, es inviable resumir las tres variables mediante el promedio de sus valores. Dado que no es posible este primer método, se realizará mediante Análisis de Componentes Principales.

Número de dimensiones retenidas

En primer lugar es necesario decidir el número de dimensiones que retendremos. Previamente se ha supuesto que las tres preguntas consideradas hacían referencia a una sola variable subyacente. Por tanto, nuestra hipótesis nos obliga a retener sólo una dimensión, aunque es necesario realizar algunas comprobaciones.

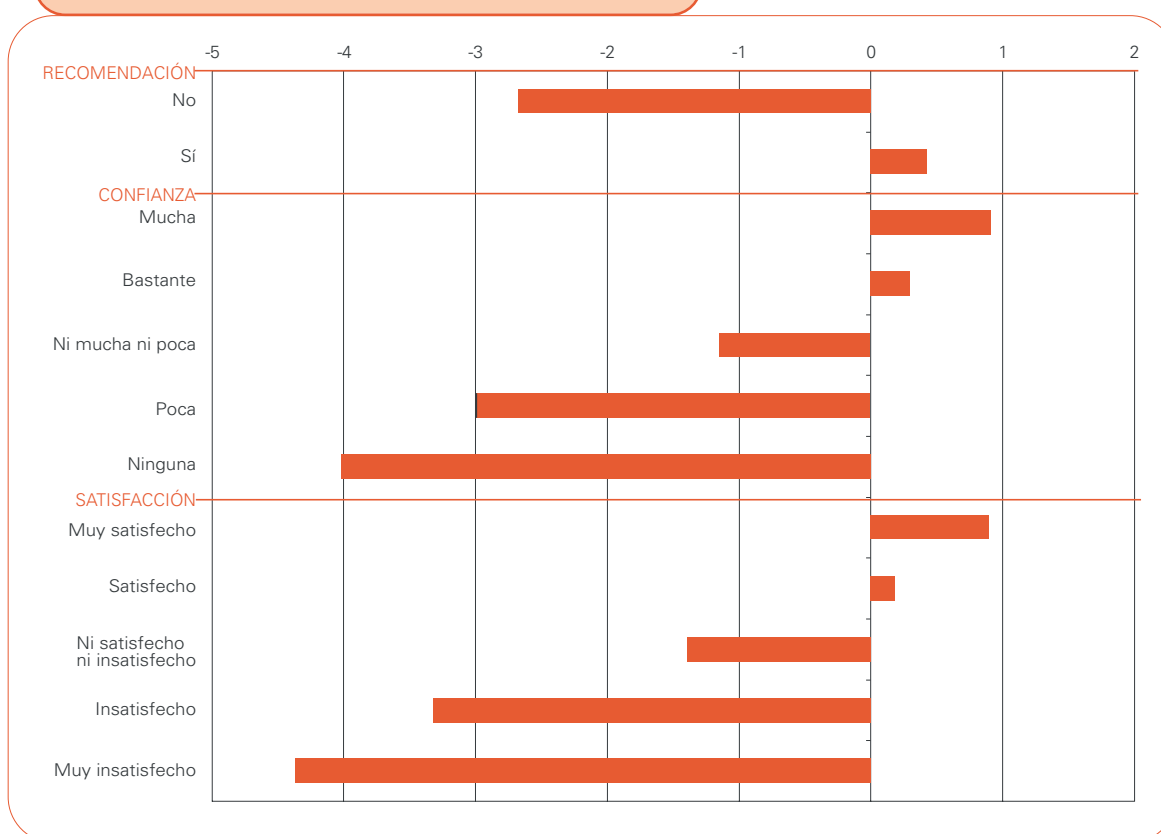
Si en el análisis se retiene una sola dimensión, su autovalor es 1,8, lo que quiere decir que retenemos el 60% de la información. Si intentáramos retener otra dimensión, el autovalor de esta segunda dimensión sería de 0,7, conteniendo solamente un 23% de la información, que supone menos de lo que tenía una sola de las variables originales. Un criterio utilizado habitualmente para decidir el número de dimensiones que se deben retener es mantener aquellas dimensiones que tengan un autovalor superior a uno, ya que contienen una información al menos igual a la de una de las variables originales. Por tanto, en nuestro caso es correcto mantener una sola dimensión y, por tanto, podemos suponer que esta dimensión representa a nuestra variable de satisfacción subyacente, dado que sólo la primera dimensión tiene un autovalor superior a 1 y, además, concentra una gran parte de la información.

Transformaciones de las variables

En el gráfico 1 aparecen las cuantificaciones de las categorías de cada una de las variables, aunque para poder comparar las respuestas de la pregunta sobre recomendación,

y dado que está codificada en sentido opuesto, se les ha cambiado el signo a sus cuantificaciones. La interpretación de estos valores es la posición que ocupa cada una de las categorías de las variables originales en la escala de la variable subyacente (representada por la dimensión retenida). Por ello, podemos observar cómo la respuesta de que no se recomienda al centro aparece en una posición entre las respuestas “no satisfecho con el centro” y “ni satisfecho ni insatisfecho con el centro”. También observamos que las posiciones de las respuestas a las preguntas sobre la satisfacción y la confianza son bastante similares.

Gráfico 1. Cuantificaciones de las categorías de satisfacción



Cargas de las componentes

Las cargas de las componentes son las correlaciones entre las variables transformadas y las dimensiones (Cuadro 1). Representan el grado de influencia de las variables originales en la construcción de cada dimensión. Éstas son iguales para las dos variables medidas en una escala de cinco puntos, y algo menor para la variable sobre si recomendaría el centro, debido posiblemente a que al sólo tener dos valores la información que proporciona es menor. Además, el signo de este último es contrario, ya que la codificación era contraria (1 = sí recomendaría, 2 = no recomendaría) a la de las otras dos preguntas (1 = muy insatisfecho, 5 = muy satisfecho). En consonancia con lo anterior, la cantidad de varianza explicada por cada una de las dos preguntas primeras es algo mayor que la de la otra pregunta.

Cuadro 1 Cargas de las componentes y varianza explicada para la primera dimensión de satisfacción en general

Pregunta	Cantidad de varianza explicada	Carga del componente
Satisfacción con el centro	0,65	0,80
Confianza en la asistencia del centro	0,65	0,80
Recomendaría este centro	0,52	-0,72

Transformación del indicador obtenido

Del procedimiento anterior se obtiene un indicador —la primera y única dimensión— cuyo rango de valores es, en principio, indefinido, pero cuya media es 0. Para poder ser utilizado en posteriores análisis, y para darle una medida más clara, se ha convertido en un indicador cuyo mínimo es 1 y máximo 100.

1.2 Cálculo de los indicadores de resumen de las preguntas de satisfacción parcial

Una vez definidas las dimensiones en las que se encuadran las preguntas que se van a utilizar, es necesario resumir en un solo indicador las preguntas que se refieren al mismo concepto, ya que éstas estarán muy relacionadas entre sí, y podrán presentar problemas de colinealidad.

Estos son cada uno de los grupos de preguntas que se refieren a las valoraciones de los profesionales, y las preguntas de identificación de profesionales. En los casos en que las escalas en que están medidas las preguntas son todas del 1 al 5, se ha calculado el α de Cronbach para cada uno de los grupos de variables. En el Cuadro 2 aparecen las α de Cronbach para cada grupo de preguntas. A la vista de estos resultados, las variables que se refieren a la valoración y amabilidad de pediatras, enfermeros, auxiliares administrativos y celadores las resumiremos mediante el promedio de las mismas. Como entre las variables que se refieren a los médicos hay una pregunta medida con respuesta sí / no, no tiene sentido intentar hacer el promedio de estas variables, y como para las variables de identificación de los profesionales α es bajo, en ambos casos se ha optado por realizar Análisis de Componentes Principales (CATPCA).

Cuadro 2 Alfa de Cronbach para los grupos de variables con alta correlación

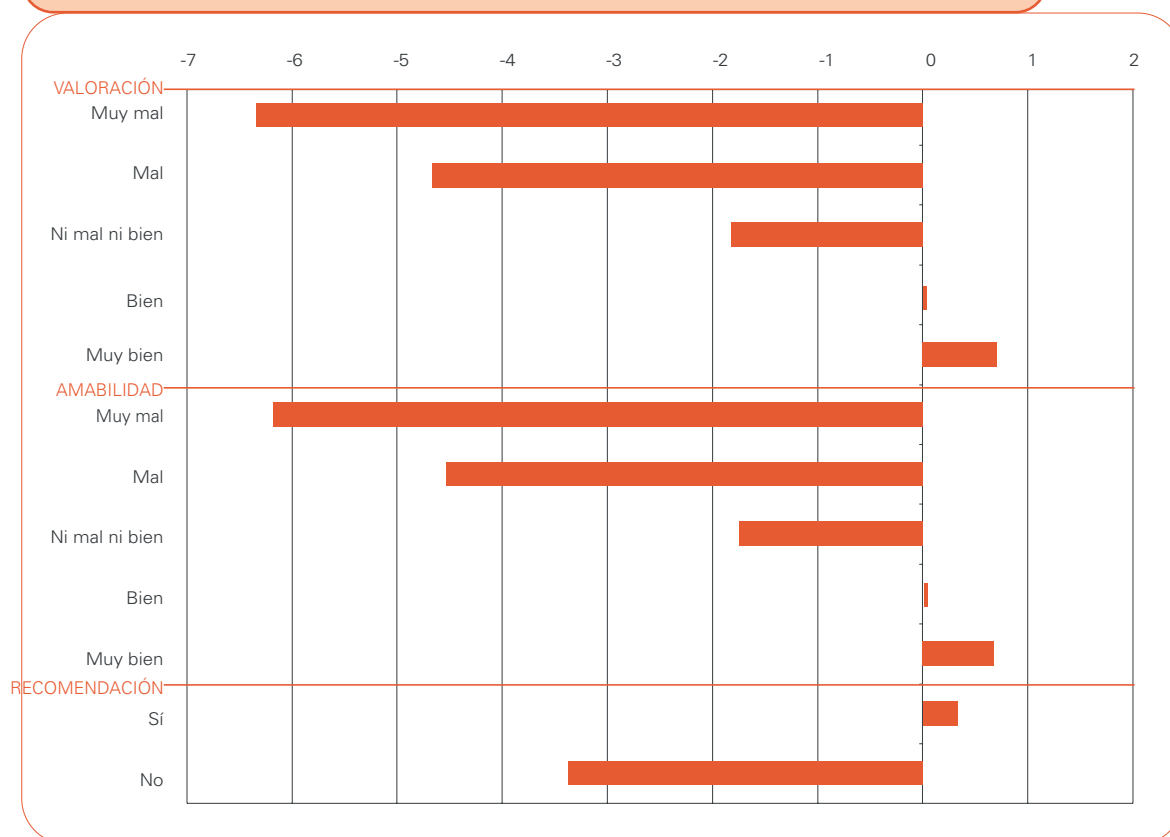
Grupo de preguntas	Alfa de Cronbach
Valoración, amabilidad y recomendación de médicos de familia	—
Valoración y amabilidad de pediatras	0,91
Valoración y amabilidad de enfermeros	0,90
Valoración y amabilidad de auxiliares administrativos	0,93
Valoración y amabilidad de celadores	0,93
Identificación y facilidad de identificación de profesionales	0,73

Análisis de Componentes Principales para las preguntas referidas a los médicos de familia

El autovalor de la primera dimensión es muy alto, 2,3, lo que quiere decir que la primera dimensión reúne un 77% de la información. Por lo tanto, queda sobradamente justificada la consideración de una sola variable subyacente.

Las cuantificaciones de cada una de las categorías (Gráfico 2) muestran un comportamiento bastante similar al observado con las preguntas de satisfacción general (de nuevo se ha cambiado el signo de las respuestas de la pregunta sobre recomendación). También la cantidad de varianza explicada para cada una de las preguntas y las cargas de las componentes muestran un comportamiento similar al anterior caso (Cuadro 3).

Gráfico 2 Cuantificaciones de las categorías de las preguntas referidas a los médicos de familia



Cuadro 3 Cantidad de varianza explicada y cargas de componentes para la valoración del médico de familia

Pregunta	Cantidad de varianza explicada	Carga del componente
Valoración del médico	0,87	0,92
Amabilidad del médico	0,83	0,91
Recomendaría al médico	0,62	-0,79

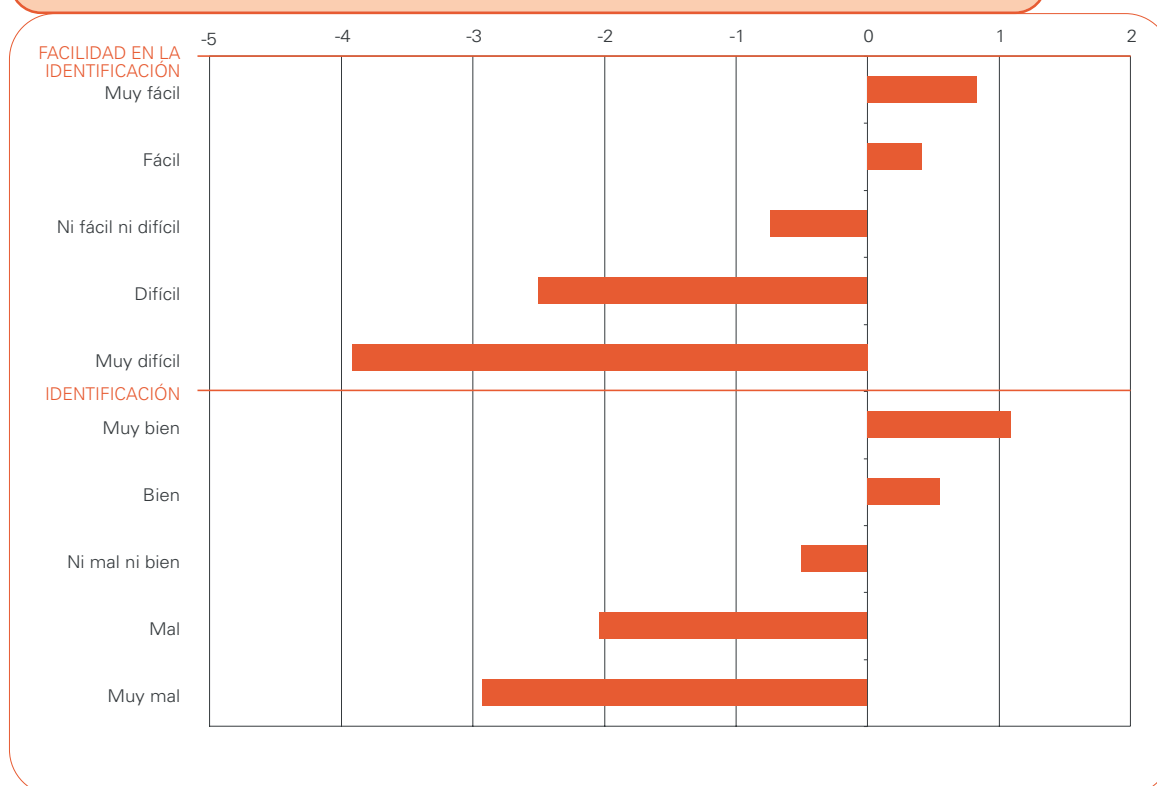
Análisis de Componentes Principales para las preguntas referidas a la identificación de los profesionales

El autovalor de la primera dimensión es en este caso 1,6, lo que quiere decir que esta dimensión cuenta con un 80% de la varianza. Está claro, por tanto, que existe una sola variable subyacente.

Las cuantificaciones de las categorías (Gráfico 3) muestran que, efectivamente, las escalas de las respuestas difieren para ambas preguntas: la pregunta sobre la identificación obtiene las respuestas a una escala superior a las respuestas equivalentes de la variable sobre la facilidad. Se podría decir que los encuestados piensan que ellos pueden identificar a los profesionales incluso si no van correctamente identificados.

La cantidad de varianza explicada y la carga de las componentes es parecida en ambas preguntas, siendo algo mayor para la pregunta de la facilidad porque hay más usuarios que responden a dicha pregunta (Cuadro 4).

Gráfico 3 Cuantificaciones de las categorías para las variables de identificación de los profesionales



Cuadro 4 Cargas de las componentes y varianza explicada para la primera dimensión de identificación

Pregunta	Cantidad de varianza explicada	Carga del componente
Identificación de los profesionales	0,78	0,88
Facilidad para la identificación	0,82	0,90

2. Modelo explicativo de influencia de las satisfacciones parciales sobre la satisfacción genérica

La variable de satisfacción general (dependiente) se ha considerado ya cuantificada, y por tanto se ha introducido como numérica. El resto de variables se han definido como ordinales, por lo que las variables transformadas han de guardar el mismo orden que las originales.

El modelo resulta con R^2 igual a 0.565, es decir, un 56.5% de la variabilidad de la satisfacción genérica se explica por las preguntas parciales.

En el Cuadro 2.2 incluido en el capítulo referido a la Atención Primaria se muestran las importancias de cada variable dependiente, organizadas por dimensiones, y las correlaciones de orden cero, que nos muestran la relación que existe entre las variables transformadas y la variable dependiente sin descontar la influencia del resto de variables.

3. Modelos explicativos de influencia en la satisfacción

3.1 Construcción de los indicadores sintéticos

Construcción del indicador global de satisfacción

Para la construcción del indicador global de satisfacción se ha intentado conservar toda la información disponible, tanto la que existe en las preguntas de satisfacción genérica como la disponible en las preguntas de satisfacción parcial, dándole igual importancia a unas y a otras. Para valorar la importancia que han de tener cada uno de los aspectos parciales, se ha utilizado el anterior análisis, dándoles la importancia que tienen en relación con la satisfacción genérica. El proceso seguido ha sido el siguiente: se ha calculado para cada registro de la encuesta el valor estimado por la función calculada en el apartado anterior, y se ha realizado el promedio con el valor que tenía el indicador de satisfacción sobre preguntas genéricas.

Construcción de los indicadores parciales de satisfacción

Por cada dimensión se ha construido un indicador sintético con información procedente de las preguntas relacionadas con la dimensión correspondiente. La importancia que tiene cada indicador en cada pregunta de nuevo ha sido la obtenida de la relación con la satisfacción global. El procedimiento seguido para calcular cada indicador ha sido eliminar de la función obtenida en el apartado anterior todas las variables que no correspondan con la dimensión del indicador que se está calculando, y evaluarla para todos los registros de la encuesta.

3.2 Modelo de influencia en la satisfacción global

Para descubrir los factores que influyen en la satisfacción global de nuevo vamos a utilizar la regresión con escalamiento óptimo, dado que nuestras variables vuelven a no ser métricas, combinándose ahora las variables de tipo nominal y ordinal. Como variable dependiente estará el indicador de satisfacción global obtenido anteriormente, y como variables independientes los factores sociodemográficos, de tipo organizativo y de relación entre usuario y sistema.

En este caso, como es lógico, el valor del estadístico R^2 que mide la bondad del ajuste es pequeño, dado que son factores que influyen en algún grado, pero no son determinantes. Este es de 0,055.

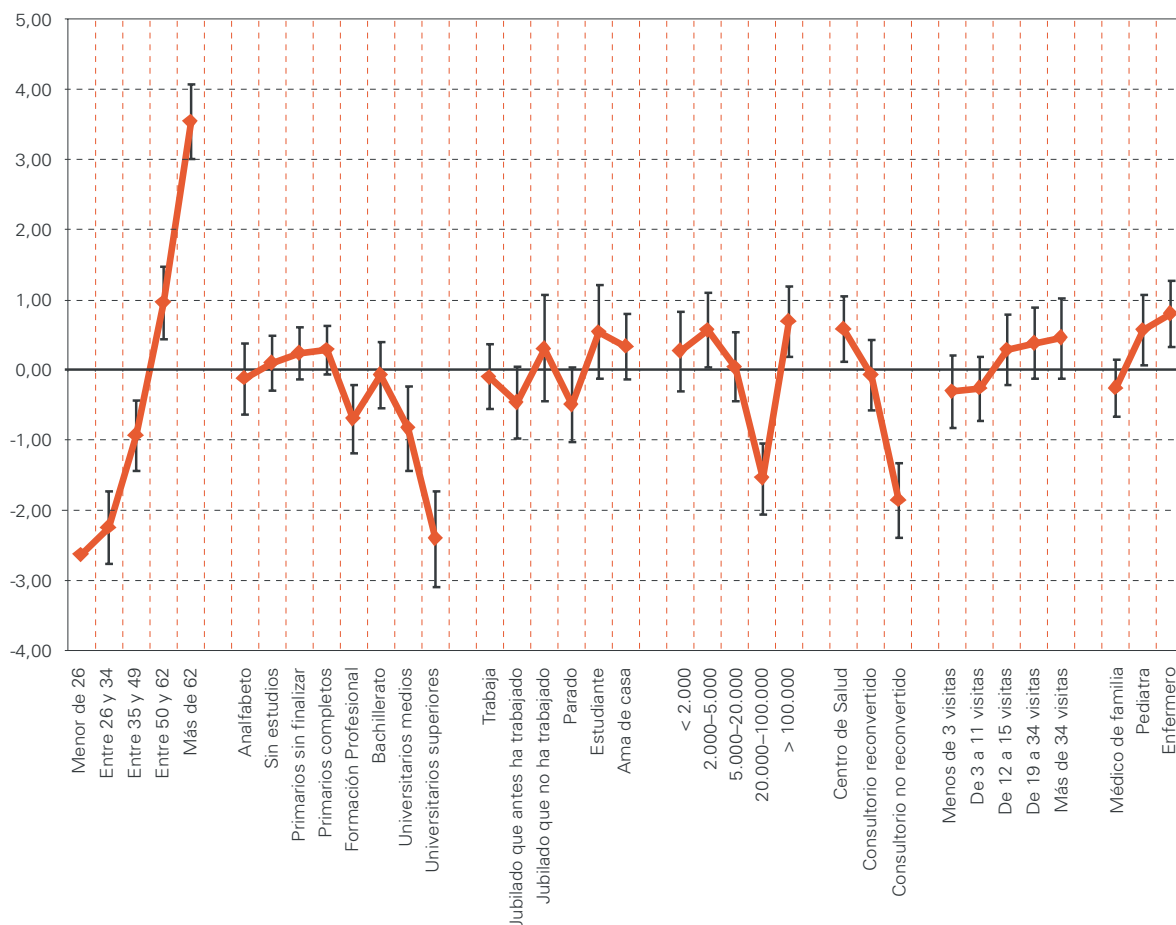
En el Cuadro 5 aparecen los coeficientes, correlaciones e importancia de cada una de las variables. Recordamos que estos son los que aparecerían en la regresión después de haber realizado la transformación de las variables. Hay que resaltar la gran importancia que tiene la variable edad sobre el resto. En el caso de la situación laboral la importancia es negativa. Ello sucede porque los signos de la correlación parcial y la correlación de orden cero son distintos, es decir, el resto de variable incluidas en el modelo hacen que esta variable cambie el sentido en que influye en la satisfacción global. Se explica porque la situación laboral está muy relacionada con la edad, ya que los jubilados son mayores y los estudiantes jóvenes. Este efecto es importante tenerlo en cuenta al analizar los resultados.

Cuadro 5. Coeficientes y correlaciones del modelo de satisfacción global (Atención Primaria)

	Coeficientes tipificados		Correlaciones		Importancia
	Beta	Error típico	Orden cero	Parcial	
Edad	,198	,009	,204	,187	,734
Nivel de estudios	-,044	,008	-,079	-,044	,063
Situación laboral	,030	,008	-,004	,030	-,002
Hábitat	-,066	,008	-,062	-,067	,075
Tipo de centro	-,072	,008	-,062	-,072	,081
Frecuentación	,027	,009	,079	,026	,038
Tipo de visita	,037	,008	,015	,037	,010

El gráfico 4 nos da las medias marginales estimadas para la satisfacción global, que nos dicen cuál es el efecto de disminución o aumento de la satisfacción global para cada una de las categorías de las variables. Las variables ordinales se han convertido en nominales, construyendo los intervalos que ofrecen mayores diferencias.

Gráfico 4 Perfiles de satisfacción global en Atención Primaria, según variables



3.3 Modelos de influencia en las satisfacciones parciales

Siguiendo el mismo sistema que para la satisfacción global, se han construido modelos para cada una de los indicadores parciales de satisfacción. En el Cuadro 6 aparecen los valores que se han obtenido de bondad del ajuste, todos ellos más bajos aún que el obtenido para la satisfacción global.

Cuadro 6 Bondad del ajuste para cada uno de los modelos de satisfacción según dimensión. (Atención Primaria)

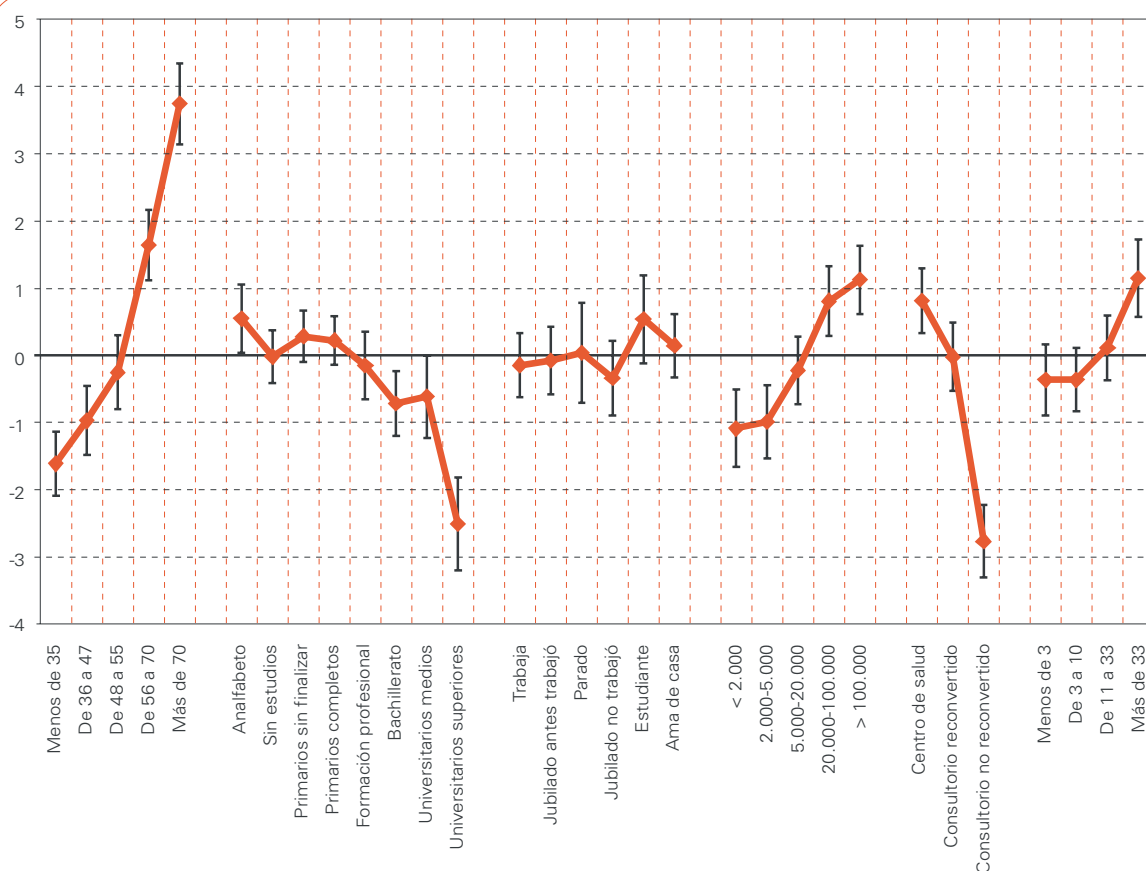
Dimensión	R cuadrado
Global	0,055
Servicio	0,041
Tratamiento técnico	0,021
Recursos humanos	0,044
Amenidades	0,042
Sistema organizativo	0,049

En los Cuadros 7 al 11 mostramos los coeficientes, correlaciones e importancias obtenidos, y en los gráficos 5 al 9 se muestran los gráficos de perfil con las medias marginales estimadas.

Cuadro 7. Coeficientes y correlaciones del modelo de satisfacción con el servicio (Atención Primaria)

	Coeficientes tipificados		Correlaciones		Importancia
	Beta	Error típico	Orden cero	Parcial	
Edad	,149	,009	,156	,146	,573
Nivel de estudios	-,044	,009	-,070	-,043	,075
Situación laboral	,018	,008	,017	,018	,007
Hábitat	,071	,008	,039	,070	,068
Tipo de centro	-,102	,008	-,095	-,103	,238
Frecuentación	,029	,008	,056	,029	,040

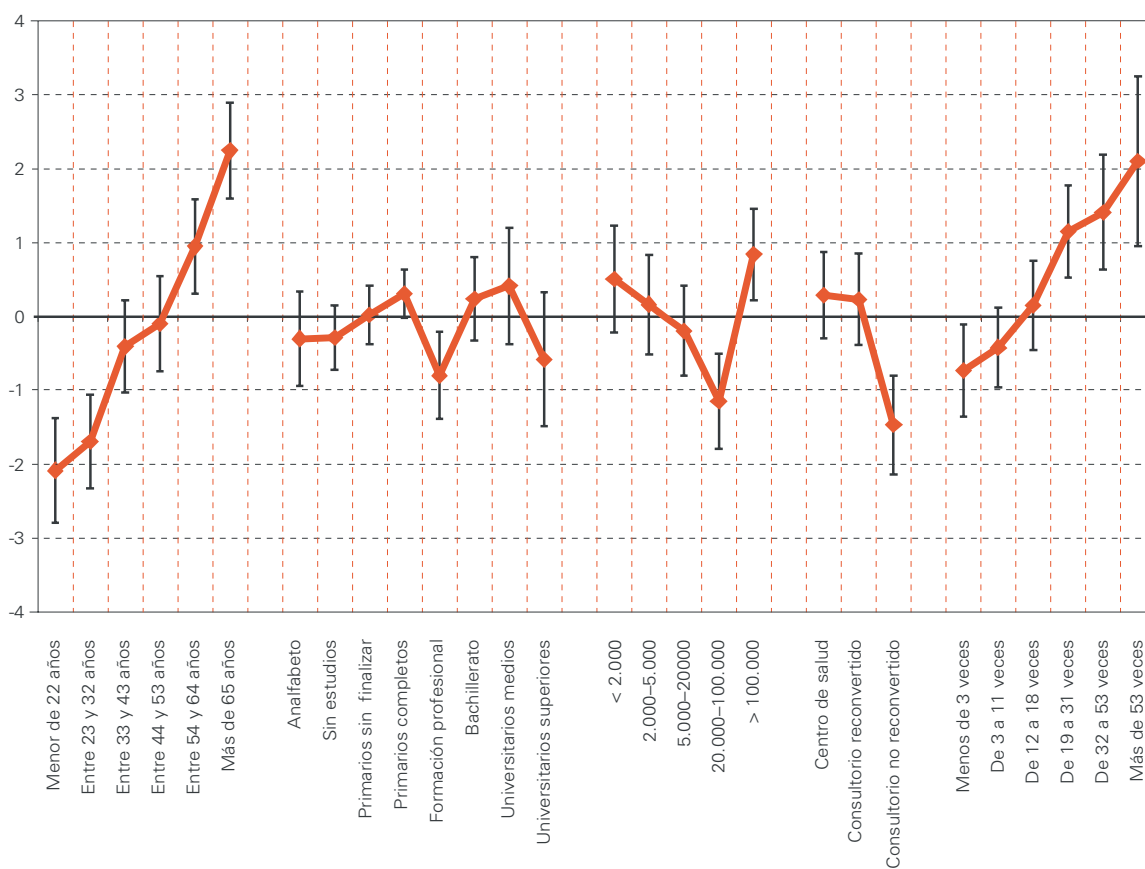
Gráfico 5 Perfiles de satisfacción hacia el servicio en Atención Primaria, según variables



Cuadro 8. Coeficientes y correlaciones del modelo de satisfacción con el tratamiento técnico (Atención Primaria)

	Coeficientes tipificados		Correlaciones		Importancia
	Beta	Error típico	Orden cero	Parcial	
Edad	,108	,009	,116	,104	,603
Nivel de estudios	-,026	,009	,000	-,026	,000
Hábitat	-,050	,008	-,045	-,050	,108
Tipo de centro	-,047	,008	-,040	-,047	,091
Frecuentación	,054	,009	,074	,053	,194

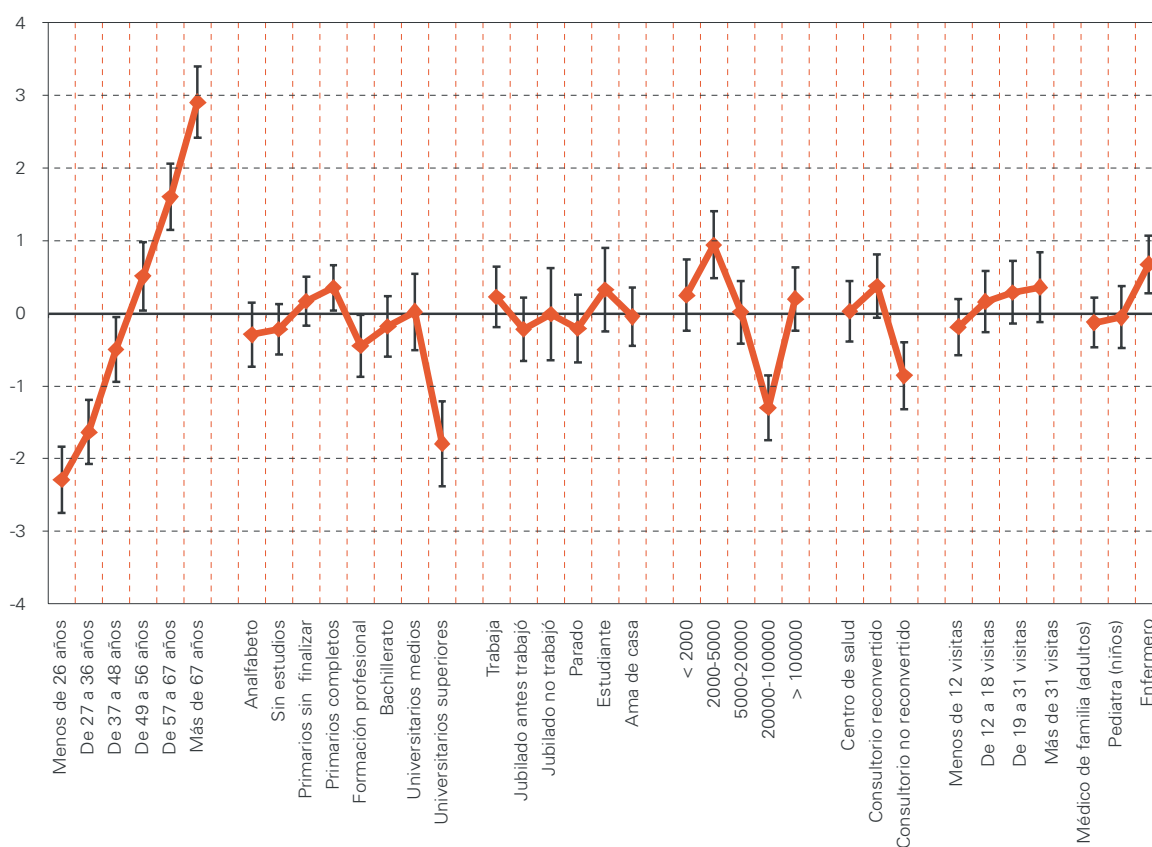
Gráfico 6 Perfiles de satisfacción hacia el tratamiento técnico en Atención Primaria, según variables



Cuadro 9. Coeficientes y correlaciones del modelo de satisfacción con los recursos humanos (Atención Primaria)

	Coeficientes tipificados		Correlaciones		Importancia
	Beta	Error típico	Orden cero	Parcial	
Edad	,179	,009	,180	,159	,734
Nivel de estudios	-,042	,008	-,031	-,042	,029
Situación laboral	-,020	,009	,070	-,018	-,031
Hábitat	-,071	,009	-,091	-,070	,147
Tipo de centro	-,040	,009	-,066	-,040	,060
Frecuentación	,022	,009	,061	,021	,031
Tipo de visita	,029	,008	,044	,029	,028

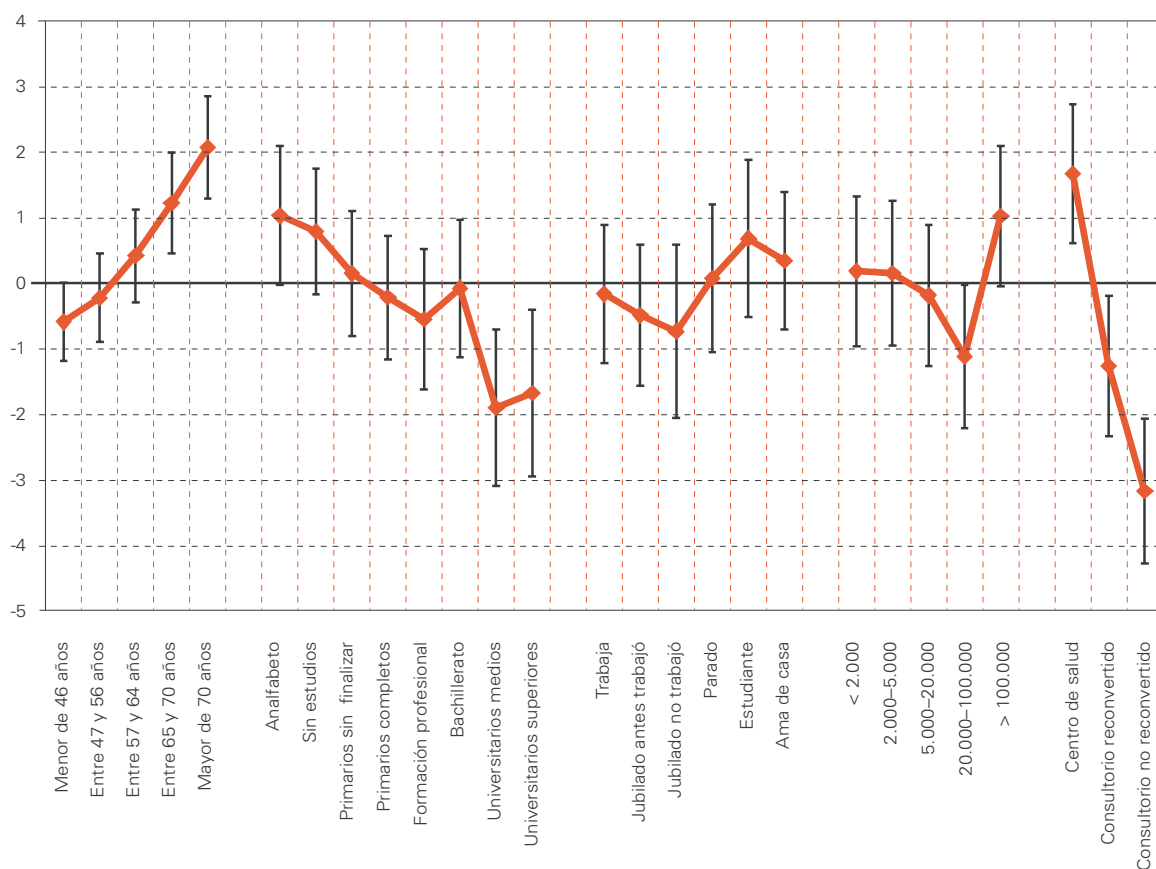
Gráfico 7 Perfiles de satisfacción hacia los recursos humanos, en Atención Primaria, según variables



Cuadro 10. Coeficientes y correlaciones del modelo de satisfacción con las amenidades (Atención Primaria)

	Coeficientes tipificados		Correlaciones		Importancia
	Beta	Error típico	Orden cero	Parcial	
Edad	,081	,010	,092	,069	,179
Nivel de estudios	-,063	,009	-,090	-,057	,135
Situación laboral	-,035	,009	,000	-,033	,000
Hábitat	-,065	,009	-,016	-,063	,025
Tipo de centro	,177	,009	,157	,172	,667

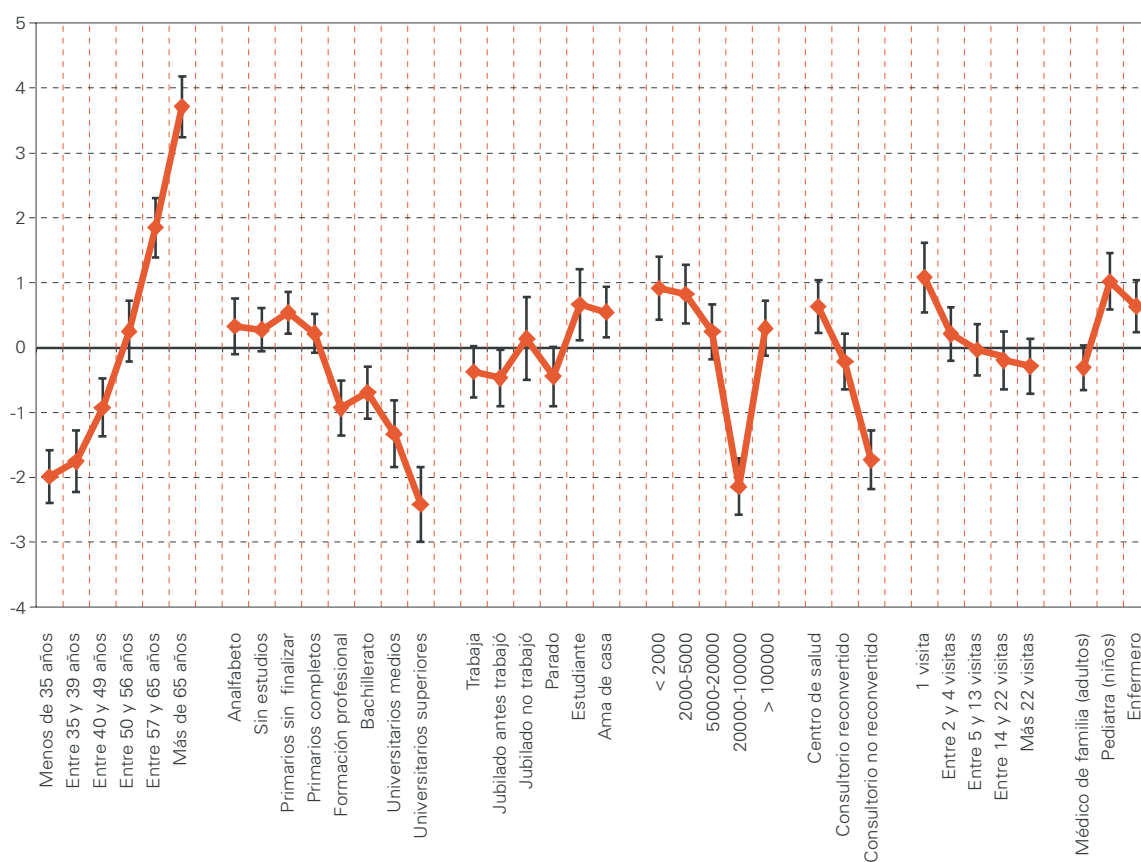
Gráfico 8 Perfiles de satisfacción hacia las amenidades en Atención Primaria, según variables

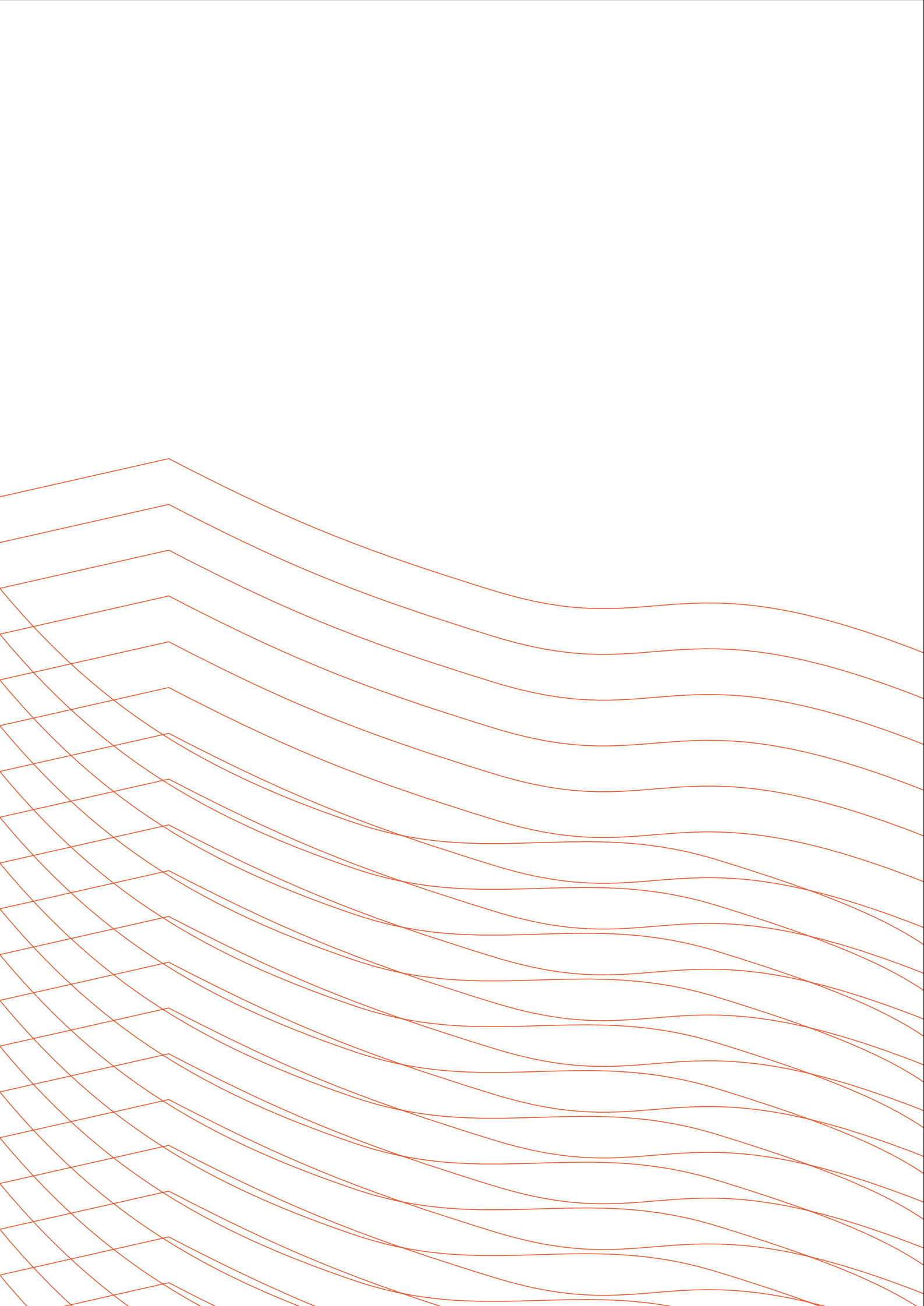


Cuadro 11. Coeficientes y correlaciones del modelo de satisfacción con el sistema organizativo (Atención Primaria)

	Coeficientes tipificados		Correlaciones		
	Beta	Error típico	Orden cero	Parcial	Importancia
Edad	,171	,009	,176	,159	,617
Nivel de estudios	-,055	,009	-,114	-,053	,128
Situación laboral	,039	,008	,034	,039	,026
Hábitat	-,085	,008	-,089	-,086	,156
Tipo de centro	-,067	,008	-,055	-,068	,075
Frecuentación	-,028	,008	,013	-,028	-,008
Tipo de visita	,042	,008	,004	,041	,004

Gráfico 9 Perfiles de satisfacción hacia el sistema organizativo en Atención Primaria, según variables





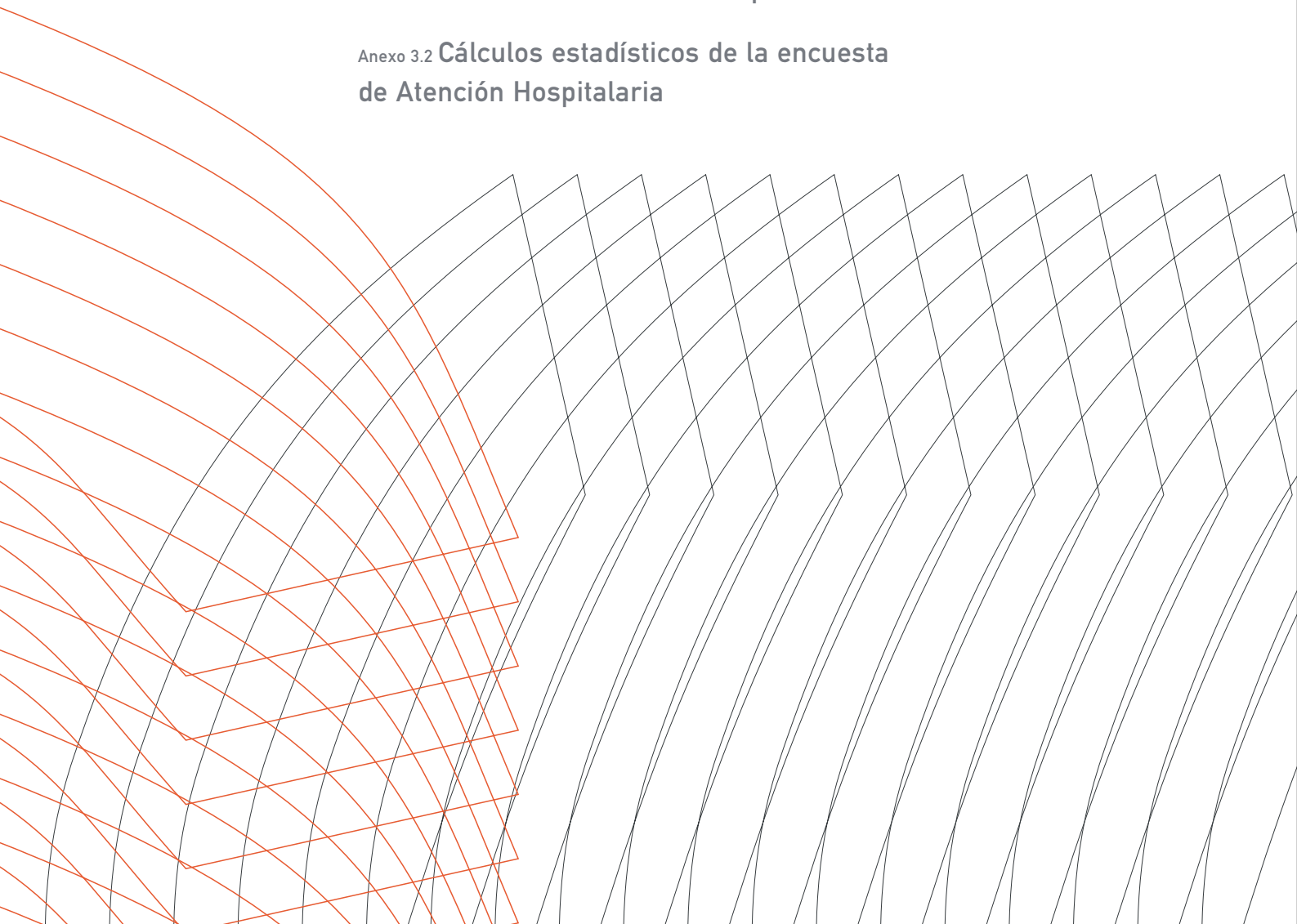


Anexo 3

Tabulaciones y cálculos estadísticos de la Encuesta de Satisfacción de Atención Hospitalaria

Anexo 3.1 Tabulación de resultados
de la encuesta de Atención Hospitalaria

Anexo 3.2 Cálculos estadísticos de la encuesta
de Atención Hospitalaria



Anexo 3.1 Tabulación de resultados de Atención Hospitalaria. Encuestas de satisfacción

Cuadro 1 Indicadores de satisfacción en Atención Hospitalaria (variables sociodemográficas)

INDICADORES EN PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN** (Suma de los valores 4 y 5 en escala 1-5)		Sexo		Edad				Estudios				Total
		Varón	Mujer	Menos de 30	De 30 a 45 años	De 46 a 65 años	Más de 65 años	Primarios o menos años	F.P. o Bachillerato	Universitarios medios	Universitarios superiores	
Satisfacción global												
P1	Satisfacción con la atención sanitaria	90%	90%	89%	89%	90%	93%	91%	87%	88%	87%	90%
P14	Confianza en la asistencia del hospital	77%	74%	65%	71%	78%	83%	75%	70%	77%	77%	75%
P35	Recomendaría el hospital (Sí)	89%	84%	90%	90%	93%	96%	94%	88%	89%	87%	92%
Servicio												
P32	Existe algún aspecto que mejorar (Sí)	40%	34%	27%	25%	39%	60%	42%	21%	17%	13%	36%
P33	Falta de prestación importante (Sí)	21%	27%	27%	33%	22%	12%	22%	34%	34%	37%	25%
Tratamiento técnico												
P24	Valoración sobre el tratamiento *	90%	90%	84%	87%	92%	94%	91%	85%	82%	83%	90%
P24a	Permiten opinar sobre el tratamiento *	46%	45%	42%	42%	49%	50%	47%	44%	35%	37%	46%
P26	Valoración de información sobre pruebas *	92%	93%	85%	85%	91%	93%	91%	83%	82%	80%	89%
Recursos humanos												
P18	Respeto en el trato	94%	92%	89%	91%	94%	97%	94%	89%	90%	88%	92%
P20	Valoración de la disposición del personal	87%	81%	76%	78%	85%	92%	84%	77%	77%	78%	83%
P21_1	Valoración de los médicos	92%	91%	88%	89%	93%	96%	92%	88%	90%	87%	91%
P22_1	Amabilidad de los médicos	92%	91%	89%	89%	93%	97%	93%	87%	88%	86%	92%
P12	Entendimiento de la información del médico	88%	87%	83%	85%	88%	93%	88%	84%	83%	84%	87%
P13	Entendimiento de la información del enfermero	89%	88%	87%	87%	89%	92%	90%	85%	85%	84%	88%
P21_2	Valoración de los enfermeros	92%	89%	85%	89%	91%	94%	91%	87%	88%	87%	90%
P22_2	Amabilidad de los enfermeros	92%	88%	83%	88%	91%	95%	91%	85%	86%	86%	90%
P21_3	Valoración de los celadores	89%	90%	87%	88%	90%	94%	90%	87%	86%	85%	89%
P22_3	Amabilidad de los celadores	89%	90%	86%	87%	91%	95%	91%	86%	83%	81%	90%
P21_4	Valoración del personal administrativo	87%	89%	85%	86%	89%	94%	90%	83%	85%	82%	88%
P22_4	Amabilidad del personal administrativo	88%	89%	84%	86%	89%	95%	91%	81%	82%	81%	89%

Base general: casos válidos, exceptuando No sabe, No contesta o No procede.

* Pregunta filtrada (con casos que cumplen la condición en el filtro).

** Excepto en respuestas dicotómicas (porcentaje que responden sí) y medidas numéricas (media).

Cuadro 2 Indicadores de satisfacción en Atención Hospitalaria (variables sociodemográficas) (Continuación)

INDICADORES EN PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN** (Suma de los valores 4 y 5 en escala 1–5)		Sexo		Edad				Estudios				Total
		Varón	Mujer	Menos de 30	De 30 a 45 años	De 46 a 65 años	Más de 65 años	Primarios o menos años	F.P. o Bachillerato	Universitarios medios	Universitarios superiores	
Amenidades												
P3	Comodidad de las habitaciones	72%	64%	61%	58%	69%	80%	70%	57%	54%	53%	66%
P5	Comodidad de las instalaciones	80%	77%	78%	74%	77%	86%	81 %	71%	68%	68%	78%
P6	Señalización del hospital	83%	84%	83%	82%	84%	88%	86%	79%	73%	77%	84%
P7	Facilidad de orientación en el hospital	88%	87%	86%	87%	89%	88%	88%	86%	83%	85%	88%
P8	Valoración de la calidad de la comida	78%	78%	70%	77%	78%	85%	79%	73%	73%	75%	78%
P9	Valoración de la limpieza del hospital	89%	81%	85%	79%	82%	91%	84%	82%	78%	79%	83%
P11	Facilidad en contactos con el exterior	81%	77%	78%	76%	78%	83%	78%	78%	78%	78%	78%
Sistema organizativo												
P4	Valoración facilidad en trámites y papeles	83%	86%	82%	85%	84%	88%	85%	82%	85%	84%	85%
P19	Grado de intimidad	44%	42%	43%	39%	42%	50%	44%	39%	33%	36%	43%
P17	Confidencialidad de datos clínicos	91%	92%	93%	91%	90%	95%	92%	91%	94%	88%	92%
P2	Opinión sobre el horario de visitas	85%	83%	81%	81%	85%	88%	85%	79%	75%	80%	84%
P15	Identificación de los profesionales	79%	77%	74%	70%	82%	88%	81%	68%	64%	61%	78%
P16	Facilidad identificación profesionales	80%	75%	72%	71%	81%	84%	79%	70%	69%	67%	77%
P30	Tiempo de espera para operación	91%	87%	64%	69%	72%	76%	72%	65%	68%	65%	71%
Otros indicadores de uso												
P23	Existencia de tratamiento técnico	80%	72%	65%	69%	80%	81%	75%	71%	76%	70%	74%
P25	Existencia de prueba médica	59%	51%	80%	82%	89%	90%	86%	82%	84%	84%	85%
P28	Existencia de operación	88%	86%	48%	49%	60%	57%	54%	50%	52%	52%	54%
P29	Consentimiento para operación *	70%	71%	80%	85%	89%	89%	87%	85%	84%	82%	87%
P31	Entrega de informe médico	40%	34%	85%	86%	90%	92%	89%	85%	87%	83%	88%

Base general: casos válidos, exceptuando No sabe, No contesta o No procede.

* Pregunta filtrada (con casos que cumplen la condición en el filtro).

** Excepto en respuestas dicotómicas (porcentaje que responden sí) y medidas numéricas (media).

Cuadro 3 Indicadores de satisfacción en Atención Hospitalaria (variables organizativas y territoriales)

INDICADORES EN PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN** (Suma de los valores 4 y 5 en escala 1–5)		Tipo de entrevistado		Tipo de hospital			Días de hospitalización			Total
		Hospitalizado	Acompañante	Regional	Especialidades	Comarcal	Menos de 5 días	De 5 a 17 días	Más de 17 días	
Satisfacción global										
P1	Satisfacción con la atención sanitaria	91%	89%	87%	90%	92%	91%	90%	86%	90%
P14	Confianza en la asistencia del hospital	75%	74%	76%	75%	74%	72%	77%	76%	75%
P35	Recomendaría el hospital (Si)	93%	91%	93%	93%	92%	92%	93%	92%	92%
Servicio										
P32	Existe algún aspecto que mejorar (Si)	38%	32%	30%	34%	39%	33%	39%	36%	36%
P33	Falta de prestación importante (Si)	23%	28%	14%	22%	30%	27%	23%	23%	25%
Tratamiento técnico										
P24	Valoración sobre el tratamiento *	90%	90%	88%	89%	91%	89%	90%	90%	90%
P24a	Permiten opinar sobre el tratamiento *	45%	47%	42%	46%	47%	43%	47%	50%	46%
P26	Valoración de información sobre pruebas *	88%	89%	87%	88%	90%	88%	89%	89%	89%
Recursos humanos										
P18	Respeto en el trato	93%	92%	92%	92%	93%	92%	93%	91%	92%
P20	Valoración de la disposición del personal	84%	79%	79%	83%	84%	81%	85%	82%	83%
P21_1	Valoración de los médicos	92%	91%	92%	91%	92%	91%	92%	91%	91%
P22_1	Amabilidad de los médicos	92%	91%	91%	91%	92%	91%	92%	92%	92%
P12	Entendimiento de la información del médico	87%	87%	86%	86%	88%	87%	87%	85%	87%
P13	Entendimiento de la información del enfermero	89%	87%	87%	89%	89%	88%	89%	88%	88%
P21_2	Valoración de los enfermeros	91%	88%	89%	90%	90%	90%	90%	89%	90%
P22_2	Amabilidad de los enfermeros	90%	87%	87%	89%	90%	89%	90%	89%	90%
P21_3	Valoración de los celadores	91%	87%	88%	90%	90%	89%	90%	91%	89%
P22_3	Amabilidad de los celadores	90%	88%	88%	90%	90%	89%	90%	91%	90%
P21_4	Valoración del personal administrativo	88%	88%	86%	88%	89%	88%	89%	89%	88%
P22_4	Amabilidad del personal administrativo	89%	88%	85%	88%	90%	88%	89%	88%	89%
Base general: casos válidos, exceptuando No sabe, No contesta o No procede.										
* Pregunta filtrada (con casos que cumplen la condición en el filtro).										
** Excepto en respuestas dicotómicas (porcentaje que responden si) y medidas numéricas (media).										

Cuadro 4 Indicadores de satisfacción en Atención Hospitalaria (variables organizativas y territoriales) (Continuación)

INDICADORES EN PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN** (Suma de los valores 4 y 5 en escala 1–5)		Tipo de entrevistado					Tipo de hospital		Días de hospitalización			Total
		Hospitalizado	Acompañante	Regional	Especialidades	Comarcal	Menos de 5 días	De 5 a 17 días	Más de 17 días			
Amenidades												
P3	Comodidad de las habitaciones	70%	58%	59%	65%	69%	65%	69%	64%		66%	
P5	Comodidad de las instalaciones	79%	75%	75%	78%	79%	77%	79%	76%		78%	
P6	Señalización del hospital	84%	84%	81%	84%	85%	83%	85%	85%		84%	
P7	Facilidad de orientación en el hospital	87%	89%	84%	86%	90%	87%	89%	87%		88%	
P8	Valoración de la calidad de la comida	78%	79%	64%	73%	85%	79%	78%	72%		78%	
P9	Valoración de la limpieza del hospital	85%	80%	81%	81%	86%	84%	84%	81%		83%	
P11	Facilidad en contactos con el exterior	78%	78%	80%	77%	78%	78%	78%	76%		78%	
Sistema organizativo												
P4	Valoración facilidad en trámites y papeles	84%	87%	83%	85%	85%	84%	86%	84%		85%	
P19	Grado de intimidad	43%	43%	41%	41%	44%	41%	44%	44%		43%	
P17	Confidencialidad de datos clínicos	92%	92%	88%	92%	93%	92%	92%	89%		92%	
P2	Opinión sobre el horario de visitas	84%	83%	82%	85%	83%	83%	85%	84%		84%	
P15	Identificación de los profesionales	79%	75%	72%	77%	80%	75%	80%	82%		78%	
P16	Facilidad identificación profesionales	77%	75%	73%	76%	78%	74%	80%	81%		77%	
P30	Tiempo de espera para operación	71%	70%	66%	69%	73%	74%	70%	56%		71%	
Otros indicadores de uso												
P23	Existencia de tratamiento técnico	71%	82%	75%	75%	73%	64%	84%	92%		74%	
P25	Existencia de prueba médica	83%	90%	85%	86%	85%	79%	91%	96%		85%	
P28	Existencia de operación	59%	42%	56%	54%	53%	54%	51%	59%		54%	
P29	Consentimiento para operación *	86%	88%	86%	83%	89%	86%	87%	89%		87%	
P31	Entrega de informe médico	88%	87%	87%	89%	88%	86%	90%	90%		88%	

Base general: casos válidos, exceptuando No sabe, No contesta o No procede.

* Pregunta filtrada (con casos que cumplen la condición en el filtro).

** Excepto en respuestas dicotómicas (porcentaje que responden si) y medidas numéricas (media).

Cuadro 5 Indicadores de satisfacción en Atención Hospitalaria (provincias)

INDICADORES EN PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN** (Suma de los valores 4 y 5 en escala 1-5)		Provincia								
		Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Andalucía
Satisfacción global										
P1	Satisfacción con la atención sanitaria	91%	90%	90%	91%	92%	89%	91%	87%	90%
P14	Confianza en la asistencia del hospital	76%	74%	75%	74%	75%	71%	77%	76%	75%
P35	Recomendaría el hospital (Sí)	89%	91%	94%	95%	93%	91%	93%	92%	92%
Servicio										
P32	Existe algún aspecto que mejorar (Sí)	29%	32%	34%	36%	45%	38%	39%	36%	36%
P33	Falta de prestación importante (Sí)	31%	35%	26%	21%	24%	28%	21%	16%	25%
Tratamiento técnico										
P24	Valoración sobre el tratamiento *	92%	91%	91%	89%	91%	88%	91%	87%	90%
P24a	Permiten opinar sobre el tratamiento *	51%	49%	47%	45%	50%	45%	45%	38%	46%
P26	Valoración de información sobre pruebas *	89%	89%	90%	88%	90%	87%	90%	87%	89%
Recursos humanos										
P18	Respeto en el trato	93%	91%	93%	92%	94%	90%	94%	93%	92%
P20	Valoración de la disposición del personal	84%	82%	83%	83%	84%	82%	83%	81%	83%
P21_1	Valoración de los médicos	93%	89%	92%	92%	93%	90%	93%	91%	91%
P22_1	Amabilidad de los médicos	93%	90%	93%	92%	93%	90%	93%	92%	92%
P12	Entendimiento de la información del médico	88%	86%	89%	87%	88%	86%	89%	85%	87%
P13	Entendimiento de la información del enfermero	88%	90%	89%	88%	88%	90%	86%	90%	87%
P21_2	Valoración de los enfermeros	90%	90%	89%	90%	93%	87%	91%	90%	90%
P22_2	Amabilidad de los enfermeros	90%	90%	89%	88%	92%	87%	90%	89%	90%
P21_3	Valoración de los celadores	88%	89%	90%	91%	91%	89%	90%	87%	89%
P22_3	Amabilidad de los celadores	90%	90%	89%	91%	91%	87%	90%	88%	90%
P21_4	Valoración del personal administrativo	89%	88%	89%	89%	90%	87%	89%	87%	88%
P22_4	Amabilidad del personal administrativo	90%	88%	89%	88%	92%	87%	89%	87%	89%

Base general: casos válidos, exceptuando No sabe, No contesta o No procede.

* Pregunta filtrada (con casos que cumplen la condición en el filtro).

** Excepto en respuestas dicotómicas (porcentaje que responden sí) y medidas numéricas (media).

Cuadro 6 Indicadores de satisfacción en Atención Hospitalaria (provincias) (Continuación)

INDICADORES EN PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN** (Suma de los valores 4 y 5 en escala 1-5)		Provincia								
		Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Andalucía
Amenidades										
P3	Comodidad de las habitaciones	46%	65%	66%	72%	77%	64%	67%	65%	66%
P5	Comodidad de las instalaciones	60%	77%	79%	82%	88%	77%	75%	80%	78%
P6	Señalización del hospital	82%	86%	85%	83%	86%	83%	81%	85%	84%
P7	Facilidad de orientación en el hospital	87%	89%	90%	85%	88%	89%	86%	87%	88%
P8	Valoración de la calidad de la comida	81%	73%	74%	85%	85%	83%	76%	69%	78%
P9	Valoración de la limpieza del hospital	79%	78%	82%	92%	91%	85%	81%	81%	83%
P11	Facilidad en contactos con el exterior	76%	75%	73%	84%	78%	77%	83%	78%	78%
Sistema organizativo										
P4	Valoración facilidad en trámites y papeles	86%	84%	87%	86%	86%	81%	85%	85%	85%
P19	Grado de intimidad	34%	41%	41%	42%	54%	40%	44%	43%	43%
P17	Confidencialidad de datos clínicos	92%	93%	92%	92%	93%	93%	93%	88%	92%
P2	Opinión sobre el horario de visitas	79%	86%	87%	86%	84%	85%	81%	81%	84%
P15	Identificación de los profesionales	75%	78%	77%	76%	81%	80%	79%	74%	78%
P16	Facilidad identificación profesionales	76%	77%	76%	74%	80%	78%	78%	74%	77%
P30	Tiempo de espera para operación	72%	71%	72%	69%	71%	71%	72%	69%	71%
Otros indicadores de uso										
P23	Existencia de tratamiento técnico	73%	77%	79%	72%	74%	74%	69%	77%	74%
P25	Existencia de prueba médica	86%	87%	90%	83%	85%	85%	83%	86%	85%
P28	Existencia de operación	48%	54%	50%	52%	52%	56%	56%	55%	54%
P29	Consentimiento para operación *	91%	89%	88%	85%	82%	91%	84%	85%	87%
P31	Entrega de informe médico	87%	86%	90%	89%	92%	86%	85%	92%	88%

Base general: casos válidos, exceptuando No sabe, No contesta o No procede.

* Pregunta filtrada (con casos que cumplen la condición en el filtro).

** Excepto en respuestas dicotómicas (porcentaje que responden sí) y medidas numéricas (media).

Anexo 3.2 Cálculos estadísticos de la encuesta de satisfacción de Atención Hospitalaria

1. Cálculo de indicadores de resumen de variables con información redundante

Como sucedía en el estudio de atención primaria, la presencia de variables redundantes aparece tanto en la evaluación de la satisfacción global como en algunas de las mediciones de satisfacción parcial. Se ofrece a continuación una descripción de la aplicación de las técnicas estadísticas para el cálculo de indicadores de resumen en cada caso.

1.1 Cálculo del indicador de resumen de las preguntas de satisfacción genérica

La existencia en el estudio de tres variables que evalúan la satisfacción global en la atención hospitalaria conduce a la aplicación de alguna técnica que resuma la información contenida en estas. El empleo del Análisis de Componentes Principales Categórico se fundamenta en que las variables no presentan la misma escala de medición. Mientras las preguntas P1 y P14 son ordinales, con cinco categorías cada una, la cuestión P35 es nominal, presentando tan sólo dos posibles opciones (recomendación o no del hospital). Esto hace inviable la aplicación de otro método.

Número de dimensiones retenidas

La elección del número de dimensiones se basa en el supuesto de que las tres variables originales que se quieren resumir evalúan el mismo concepto, satisfacción global con el hospital. De este modo la decisión más razonable debería ser retener una única dimensión.

Puede comprobarse además, que tras la aplicación del modelo ajustado a esta elección, la dimensión resultante proporciona un autovalor de 1.78, por lo que la información total que contiene es el 59.33% de la información original. La consideración de una dimensión adicional no supondría una mejora relevante en la bondad del modelo, pues en dicho caso la varianza explicada por dicha dimensión es del 22.96%, que corresponde a un autovalor de 0.68. Por tanto, reteniendo únicamente la primera dimensión se satisface además el criterio de la media aritmética, es decir, una componente es de interés cuando su autovalor asociado supera el valor 1.

La dimensión obtenida en este proceso es combinación lineal de las variables originales transformadas y representa un porcentaje de información satisfactorio, luego resulta ser un buen indicador de la satisfacción global en la atención hospitalaria.

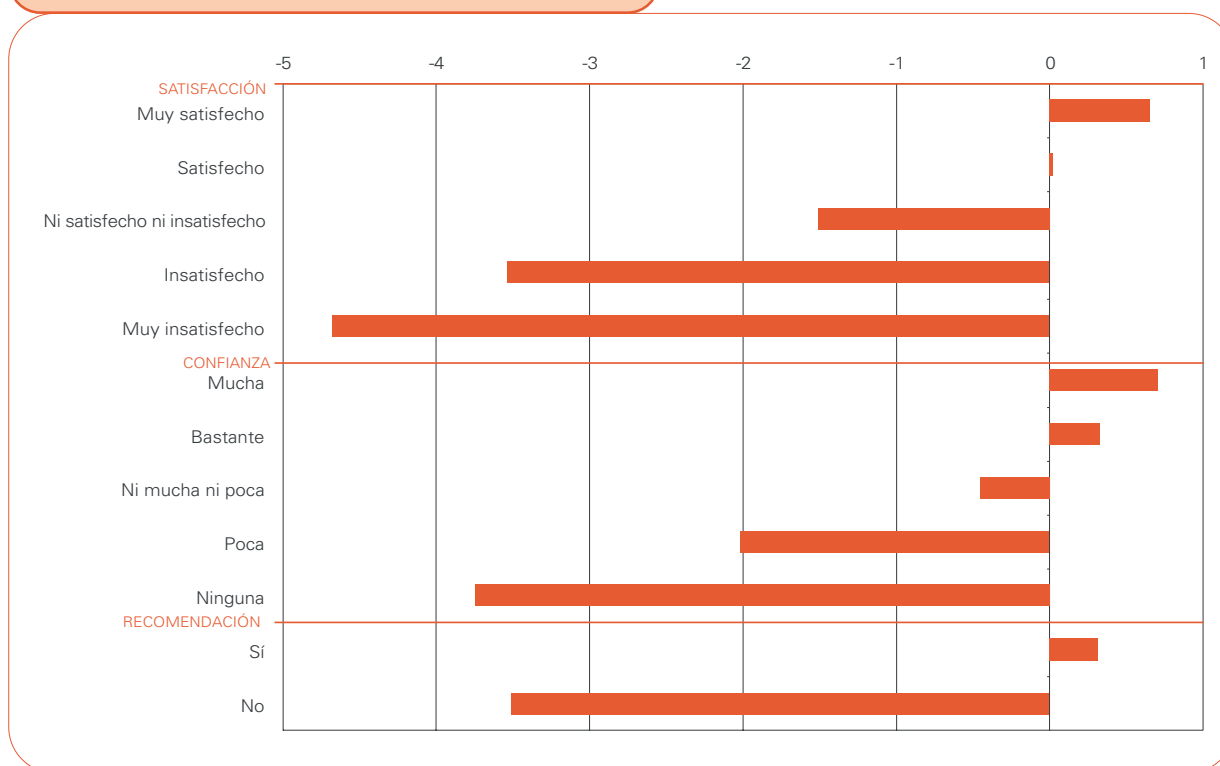
Transformaciones de las variables

Las cuantificaciones asignadas a las categorías de las variables originales, resultantes del proceso de reducción de éstas a una sola componente, se muestra en el gráfico 1.

Las cuantificaciones de las categorías correspondientes a la variable que mide si el individuo recomendaría o no el hospital han sido representadas con signo inverso al real para facilitar la interpretación del efecto que provoca cada categoría sobre la dimensión obtenida (esta reconversión se fundamenta en la variable P35 una vez transformada correlaciona negativamente con la dimensión resultante).

La existencia de cuantificaciones similares revela una fuerte relación entre las categorías implicadas. Así, la recomendación del centro tiene lugar cuando los usuarios poseen bastante o mucha confianza en la asistencia y se encuentran satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida. Se advierte además que principalmente la insatisfacción en cuanto a la atención sanitaria provoca valores inferiores en la satisfacción global.

Gráfico 1 Cuantificaciones de las categorías de satisfacción



Cargas de las componentes

En el Cuadro 1 se muestran las cargas de cada una de las variables empleadas en la reducción, tras la cuantificación, sobre la dimensión obtenida. A través de éstas es posible conocer el grado de relación existente entre variables y dimensión. Las variables medidas en escala de mayor amplitud (satisfacción y confianza) presentan cargas asociadas mayores y parecidas, mientras que la correspondiente recomendación del centro es algo inferior. Solamente indicar que el signo negativo de la carga de esta última variable viene causado por la codificación de sus categorías, es decir, mientras la satisfacción y la confianza obtienen valoraciones más altas cuanto más confianza y / o satisfacción se muestre, con la recomendación del centro sucede a la inversa la negación a esta cuestión se encuentra codificada con valores bajos y viceversa.

Cuadro 1 Cargas de las componentes y varianza explicada para la primera dimensión de satisfacción en general

Pregunta	Cantidad de varianza explicada	Carga del componente
Satisfacción con el centro	0,64	0,80
Confianza en la asistencia del centro	0,61	0,78
Recomendaría este centro	0,53	-0,72

Transformación del indicador obtenido

El resultado de la reducción de las variables generales de satisfacción proporciona una componente que explica adecuadamente la satisfacción global. Esta componente ha sido recodificada para una mejor visualización e interpretación de los resultados, corrigiendo la escala de medición para conseguir que el índice oscile entre los valores 1 y 100.

1.2 Cálculo de los indicadores de resumen de las preguntas de satisfacción parcial

Entre las cuestiones empleadas para la medición de los aspectos parciales de la satisfacción, se aprecia que algunas evalúan el mismo concepto. Tras la comprobación de este hecho, se ha procedido al cómputo de indicadores que resuman y retengan adecuadamente la información contenida en éstas.

Cuando la escala de medición empleada lo permite, y el coeficiente α de Cronbach es suficientemente elevado, se ha calculado un indicador resumen, promedio de las variables implicadas. Tal es el caso de la valoración de personal no sanitario del centro (auxiliares administrativos y celadores), para cuyo estudio se han recogido dos cuestiones, valoración global y amabilidad en el trato con los usuarios (Cuadro 2).

Cuadro 2 Alfa de Cronbach para los grupos de variables con alta correlación

Grupo de preguntas	Alfa de Cronbach
Valoración y amabilidad de auxiliares administrativos	0,83
Valoración y amabilidad de celadores	0,83
Identificación y facilidad de identificación de profesionales	0,80
Señalización y facilidad de orientación	0,69

En otro sentido se tiene la valoración de la identificación del personal. En la medición de esta dimensión se han considerado dos cuestiones: cómo considera el usuario que está identificado el personal del hospital y cómo de fácil le resulta la identificación de éstos. Ambas variables se han medido en escala de 1 a 5, presentando altas correlaciones por haber sido respondidas de forma parecida por los entrevistados. El coeficiente de correlación de Spearman alcanza el valor de 0.63 y el coeficiente de fiabilidad α de Cronbach 0.80, lo que justifica que la media de las variables resuma convenientemente las variables originales.

Si bien, para los casos expuestos, el resumen de las variables resulta inmediato, las cuestiones empleadas en la valoración del personal sanitario y las referentes a la señalización del centro presentan peculiaridades que conducen al empleo de Análisis de Componentes Principales.

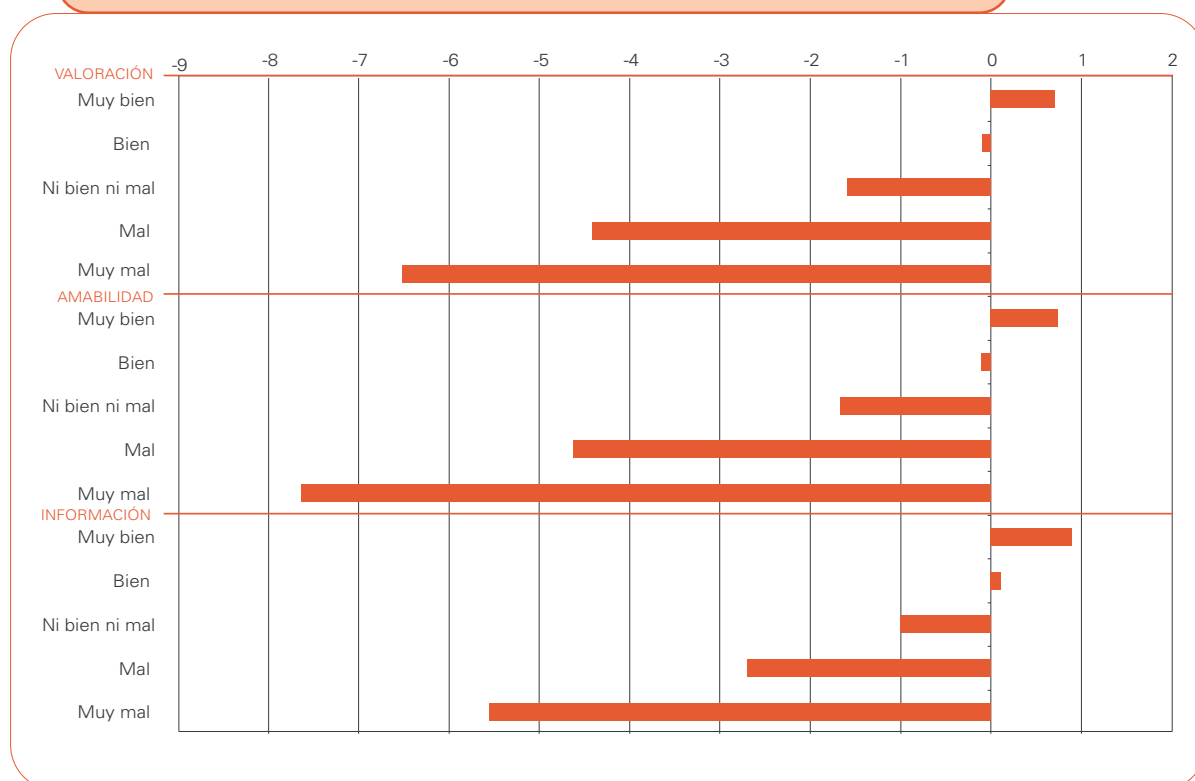
Tanto para médicos, como para enfermería se han recogido tres cuestiones que evalúan el grado de satisfacción con distintos aspectos de cada colectivo: valoración general, valoración de la amabilidad, y entendimiento de la información proporcionada por éstos.

Por otro lado, existen dos variables que analizan la percepción de los usuarios respecto a la señalización. El coeficiente α de Cronbach toma el valor 0.69, por lo que se considera también en este caso más adecuada la reducción por escalamiento óptimo.

Análisis de Componentes Principales para las preguntas referidas al personal médico

Mediante escalamiento óptimo se han sintetizado las variables que conciernen a la valoración de los médicos en una sola dimensión. A esta dimensión corresponde un autovector de 2.11 y contiene un 70.21% de la varianza de las variables originales. Las cuantificaciones de las categorías de las variables empleadas se muestran en el gráfico 2. Es interesante observar que una percepción negativa en la amabilidad en el trato recibido influye muy desfavorablemente sobre la valoración de los médicos. Las cargas y varianzas explicadas de cada componente se presentan en el Cuadro 3. Se observa que el entendimiento de la información está menos representada que las otras dos variables.

Gráfico 2 Cuantificaciones de las categorías de las preguntas referidas al personal médico



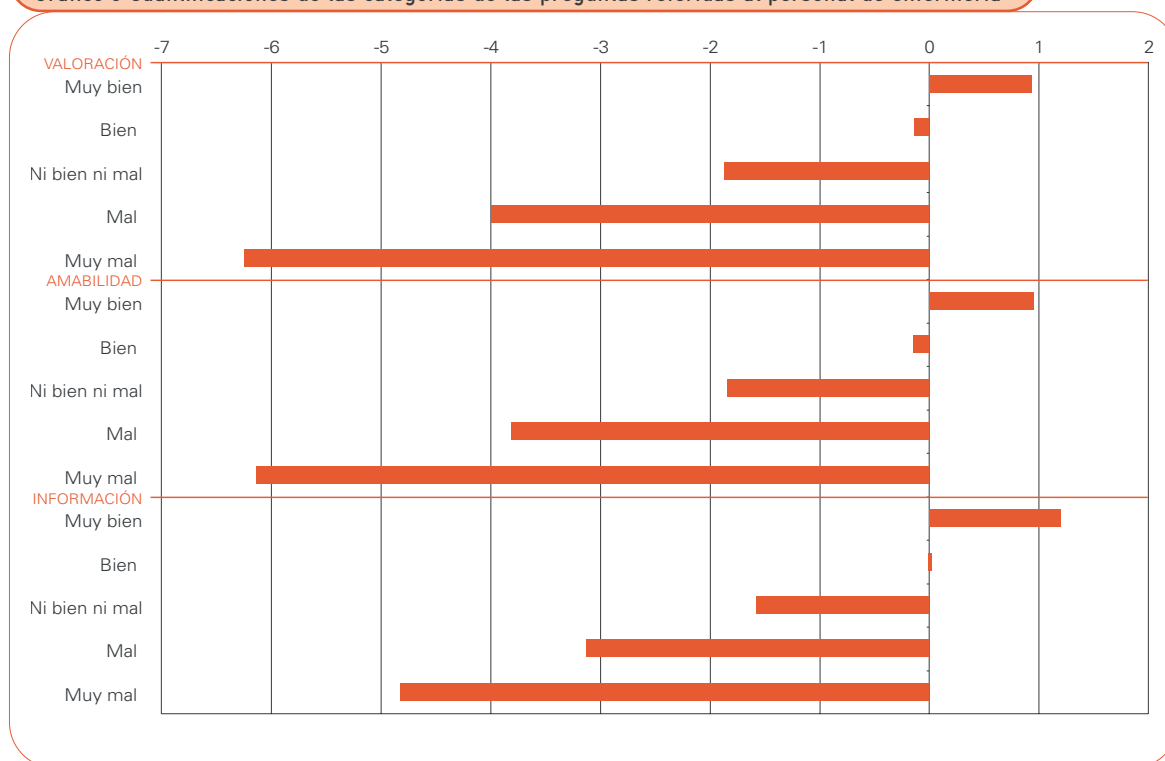
Cuadro 3 Cantidad de varianza explicada y cargas de componentes para la valoración del personal médico

Pregunta	Cantidad de varianza explicada	Carga del componente
Valoración del médico	0,79	0,89
Amabilidad del médico	0,77	0,87
Entendimiento de la información	0,55	0,74

Análisis de Componentes Principales para las preguntas referidas al personal de enfermería

De forma análoga al apartado anterior, se obtiene una dimensión que explica el 70.16% de la información original, con un autovalor de 2.10. La representación gráfica de las cuantificaciones de las variables implicadas, en el gráfico 3, muestra que en la valoración global del personal son menos importantes la información que estos suministran y la amabilidad. Un resumen de los datos fundamentales del análisis se muestra en el Cuadro 4, donde se manifiesta de nuevo la menor importancia de la información suministrada.

Gráfico 3 Cuantificaciones de las categorías de las preguntas referidas al personal de enfermería



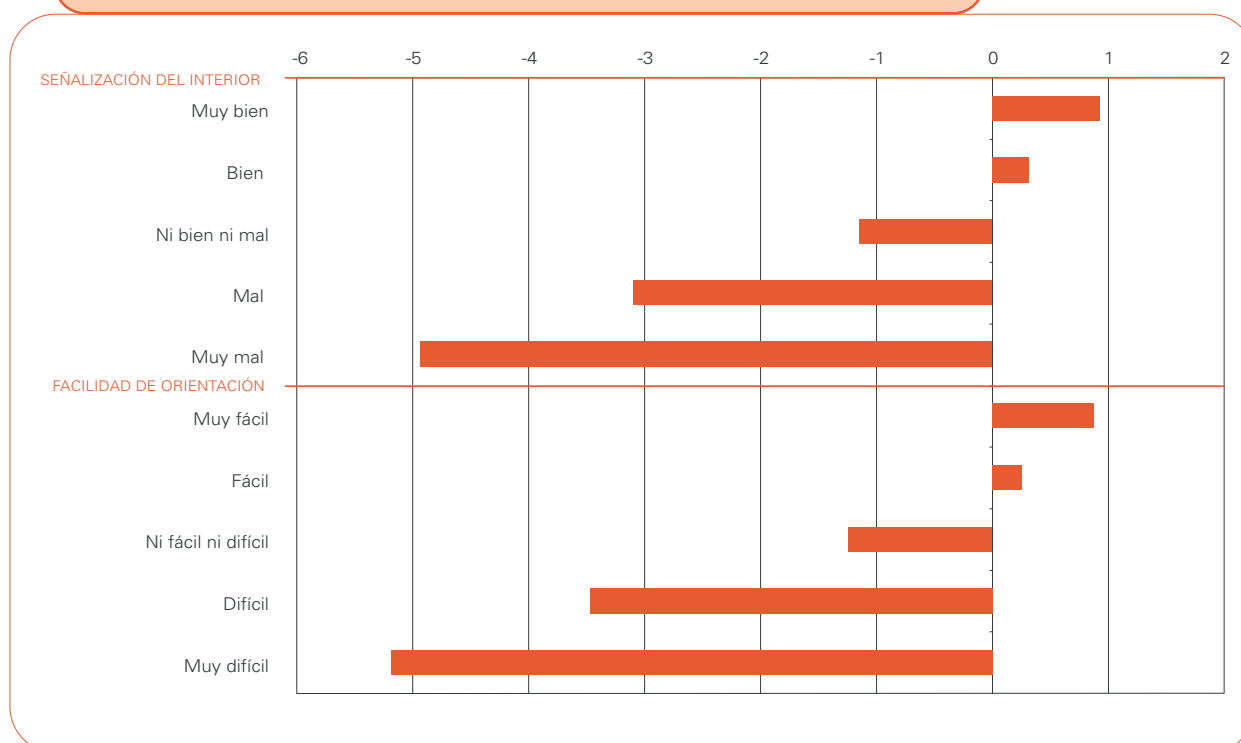
Cuadro 4 Cantidad de varianza explicada y cargas de componentes para la valoración del personal de enfermería

Pregunta	Cantidad de varianza explicada	Carga del componente
Valoración del enfermero	0,81	0,90
Amabilidad del enfermero	0,77	0,88
Entendimiento de la información	0,52	0,72

Análisis de Componentes Principales para las preguntas referidas a la señalización del centro

Con una sola dimensión se consigue retener un 77.55% de la información original, presentando un autovalor de 1.55. Un esquema del modelo se muestra en el Cuadro 5. En el gráfico 4 se representan las cuantificaciones de las categorías. Según se observa, los usuarios valoran peor la facilidad que encuentran para orientarse en el hospital que la señalización existente.

Gráfico 4. Cuantificaciones de las categorías de las preguntas referidas a la señalización



Cuadro 5 Cantidad de varianza explicada y cargas de componentes para la señalización

Pregunta	Cantidad de varianza explicada	Carga del componente
P6- Correcta señalización	0,76	0,87
P7- Facilidad de orientación en hospital	0,79	0,89

2. Modelo explicativo de la influencia de las satisfacciones parciales sobre la satisfacción genérica

Para conocer la relación entre satisfacción en términos genéricos con la satisfacción con aspectos parciales de la prestación del servicio, se ha ajustado un modelo de regresión por escalamiento óptimo, donde la escala de medición de la variable dependiente ha sido tratada como numérica, y las variables explicativas como ordinales.

En este modelo, las variables que resumen la apreciación de necesidad de algún tipo de mejora en el hospital han sido sintetizadas en ocho variables, donde cada una de ellas representa la mejora en una de las dimensiones de la satisfacción o las respuestas ninguna, no sabe o no contesta, de forma que salvo estas tres últimas, las demás variables abreviadas son no excluyentes.

El coeficiente de determinación para medir la bondad del ajuste alcanza el valor de 0.446, por lo que el modelo explica el 44.6% de la información contenida en la variable dependiente.

Para describir el impacto de cada variable independiente sobre la satisfacción global se facilitó el coeficiente de importancia en el capítulo referido a Atención Hospitalaria (Cuadro 3.2). Este coeficiente permite cuantificar la proporción de la satisfacción explicada por cada variable independiente, y de forma más genérica, por cada una de las dimensiones establecidas. Se muestran también las correlaciones de orden cero para explicar la relación de la satisfacción global y cada variable independiente cuando no se considera el efecto del resto de las variables, y los coeficientes Beta de regresión.

3. Modelos explicativos de la influencia en la satisfacción

3.1 Construcción de los indicadores sintéticos

Construcción del indicador global de satisfacción

Para elaborar el indicador global de satisfacción global se ha procedido a la construcción de un índice que resume tanto la información de la dimensión de satisfacción general, explicado en el apartado anterior, como la aportada por los índices que evalúan conceptos más específicos de cada una de las dimensiones de satisfacción establecidas: servicio, tratamiento técnico, recursos humanos, amenidades y sistema organizativo. Para ello se ha asignado a ambas partes, satisfacción genérica y satisfacción con aspectos parciales, igual ponderación.

Por tanto, el promedio de los valores de la satisfacción genérica y las predicciones obtenidas a partir del modelo de regresión servirán para el fin establecido.

Construcción de los indicadores parciales de satisfacción

En sentido menos amplio, los coeficientes estandarizados del modelo de regresión anterior servirán para definir los índices sintéticos que expresan la satisfacción de los usuarios con relación a las cinco dimensiones de satisfacción establecidas. Por tanto, cada dimensión de la satisfacción queda determinada por el sumatorio de las variables cuantificadas y ponderadas por el coeficiente de regresión correspondiente.

3.2 Modelo de influencia en la satisfacción global

Mediante regresión se ha procedido al análisis de la relación entre el índice sintético de satisfacción, las variables sociodemográficas del usuario y las variables organizativas, considerando además la frecuencia de uso y el servicio en el que el usuario fue atendido, procediéndose la omisión de aquellas variables que no aportan significación estadística suficiente. La variedad en las mediciones de escala de las variables impone de nuevo la combinación del escalamiento óptimo y el modelo de regresión.

El modelo alcanza un coeficiente de determinación ajustado de 0.047, consecuencia de que aún siendo significativo el efecto de estas variables no pueden determinar por sí solas toda la variabilidad existente en la variable de satisfacción global.

Los coeficientes de regresión, correlaciones e importancia de cada factor tras el ajuste del modelo se muestran en el Cuadro 6.

Cuadro 6 Coeficientes y correlaciones del modelo de satisfacción global en Atención Hospitalaria

	Coeficientes tipificados		Correlaciones		Importancia
	Beta	Error típico	Orden cero	Parcial	
Servicio	0,075	0,009	0,035	0,074	0,056
Edad	0,177	0,011	0,162	0,148	0,601
Estado civil	0,028	0,009	-0,001	0,028	-0,001
Nivel estudios	-0,069	0,010	-0,108	-0,064	0,156
Situación laboral	-0,044	0,010	0,032	-0,040	-0,029
Ingresos netos	0,035	0,009	-0,019	0,034	-0,014
Tipo hospital	0,095	0,019	0,028	0,045	0,055
Ocupación	-0,033	0,009	-0,060	-0,034	0,042
Motivo alta	0,075	0,009	0,073	0,076	0,115
Operación	0,029	0,009	0,038	0,029	0,023
Nº camas	0,090	0,019	-0,006	0,043	-0,012

También se presentan, en los gráficos 5.1 y 5.2, los valores alcanzados por las medias marginales estimadas para el índice de satisfacción global, el primero para los factores sociodemográficos y de relación del usuario con el sistema y el segundo para los factores que definen las características del servicio. A través de estos se conoce el efecto de cada una de las categorías de los factores, considerando que el resto de las variables se encuentran en la media.

Gráfico 5.1 Perfiles de satisfacción global en Atención Hospitalaria, según variables

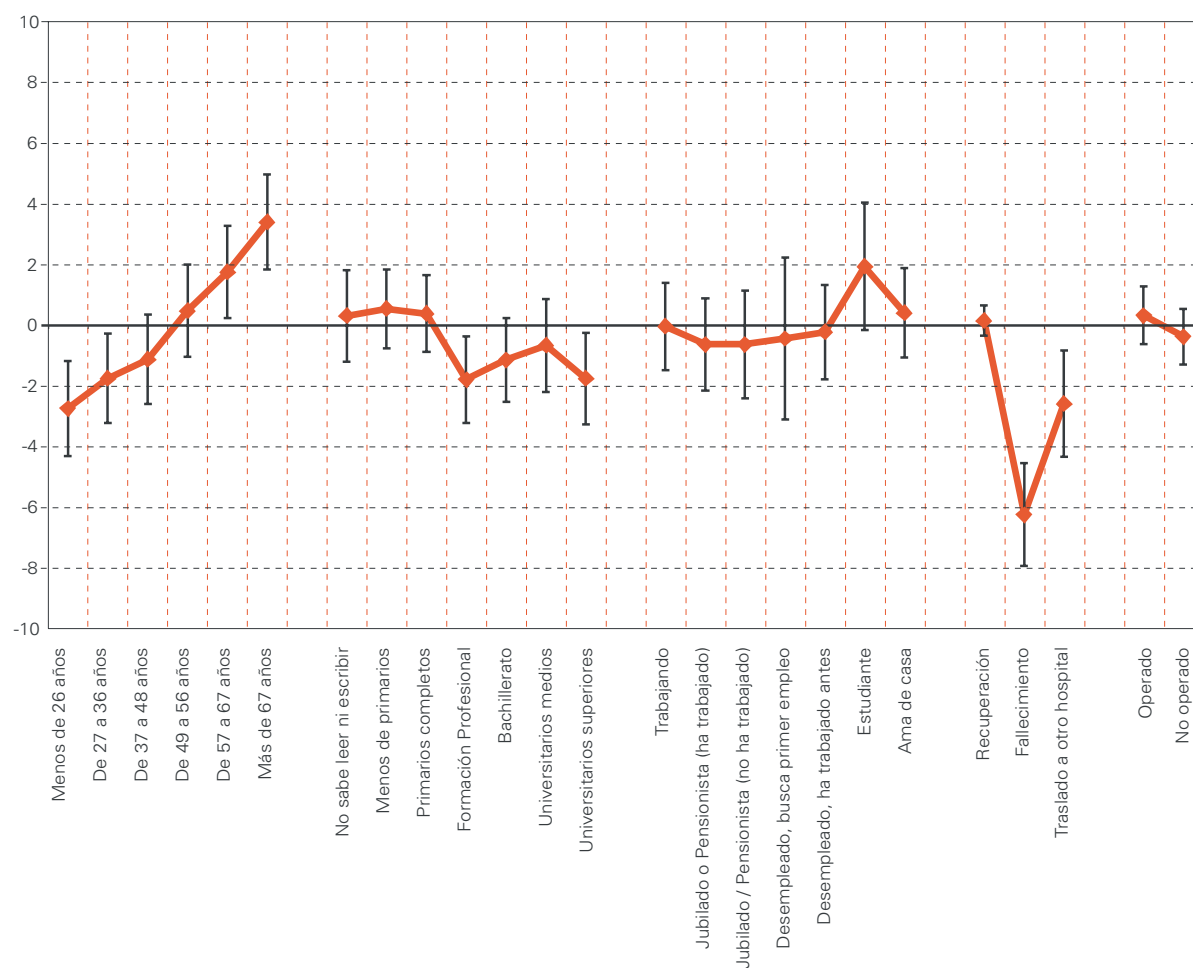
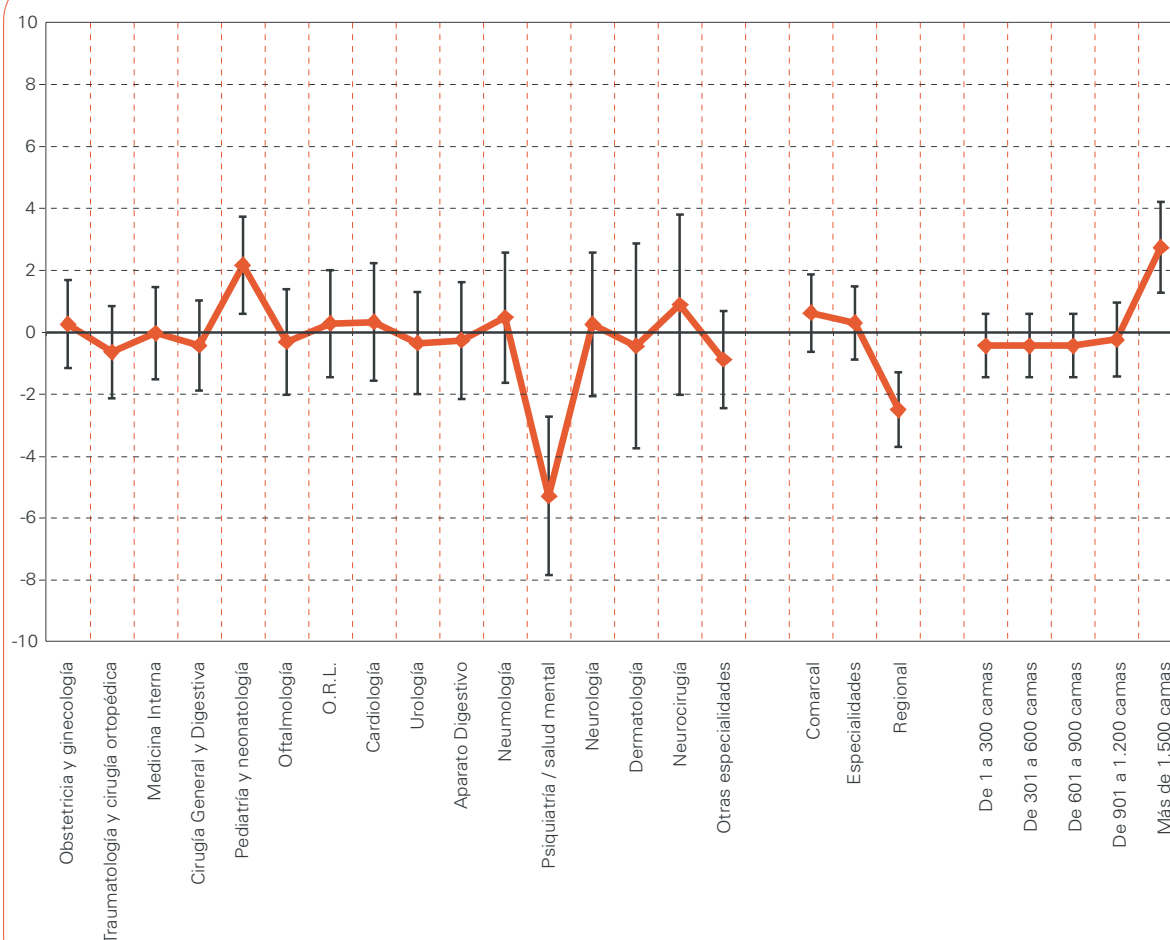


Gráfico 5.2 Perfiles de satisfacción global en Atención Hospitalaria, según variables (continuación)



3.3 Modelos de influencia en las satisfacciones parciales

El estudio del impacto de las variables sociodemográficas y organizativas sobre los indicadores parciales de satisfacción se ha realizado de forma similar al caso del indicador global, detallado en el apartado anterior.

Para cada análisis se muestra el coeficiente de determinación en el Cuadro 7, los parámetros del ajuste, correlaciones e importancia en los Cuadros de 8 a 12 y las medias marginales estimadas en los gráficos de 6 a 10.

Cuadro 7 Bondad del ajuste para cada uno de los modelos de satisfacción según dimensión (Atención Hospitalaria)

Dimensión	R cuadrado
Global	0,061
Servicio	0,038
Tratamiento técnico	0,043
Recursos humanos	0,057
Amenidades	0,083
Sistema organizativo	0,048

Cuadro 8 Coeficientes y correlaciones del modelo de satisfacción con el servicio (Atención Hospitalaria)

	Coeficientes tipificados		Correlaciones		Importancia
	Beta	Error típico	Orden cero	Parcial	
Nº de días	-0,014	0,009	0,001	-0,013	-0,001
Servicio	0,031	0,009	0,038	0,031	0,083
Sexo	-0,004	0,011	-0,004	-0,003	0,001
Edad	0,057	0,010	0,061	0,051	0,241
Estado civil	0,012	0,010	0,000	0,011	0,000
Nivel de estudios	-0,065	0,010	-0,072	-0,060	0,325
Situación laboral	-0,047	0,010	-0,030	-0,043	0,099
Ingresos netos	0,006	0,009	-0,010	0,006	-0,004
Ocupación	-0,025	0,010	-0,013	-0,024	0,023
Tipo entrevistado	-0,025	0,009	-0,019	-0,024	0,033
Motivo alta	-0,025	0,009	-0,023	-0,025	0,041
Nº camas	0,053	0,009	0,047	0,053	0,172

Gráfico 6.1 Perfiles de satisfacción hacia el servicio en Atención Hospitalaria, según variables

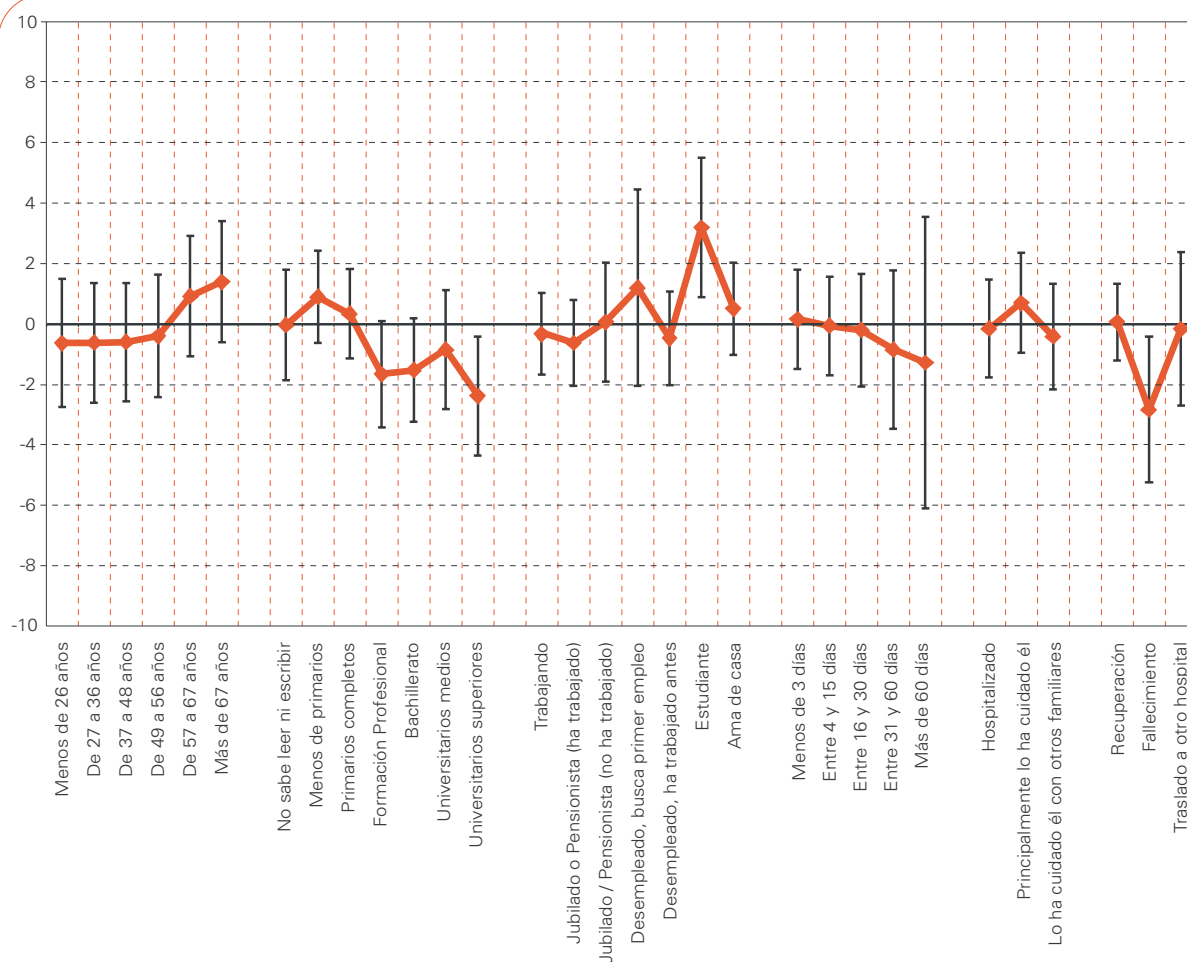
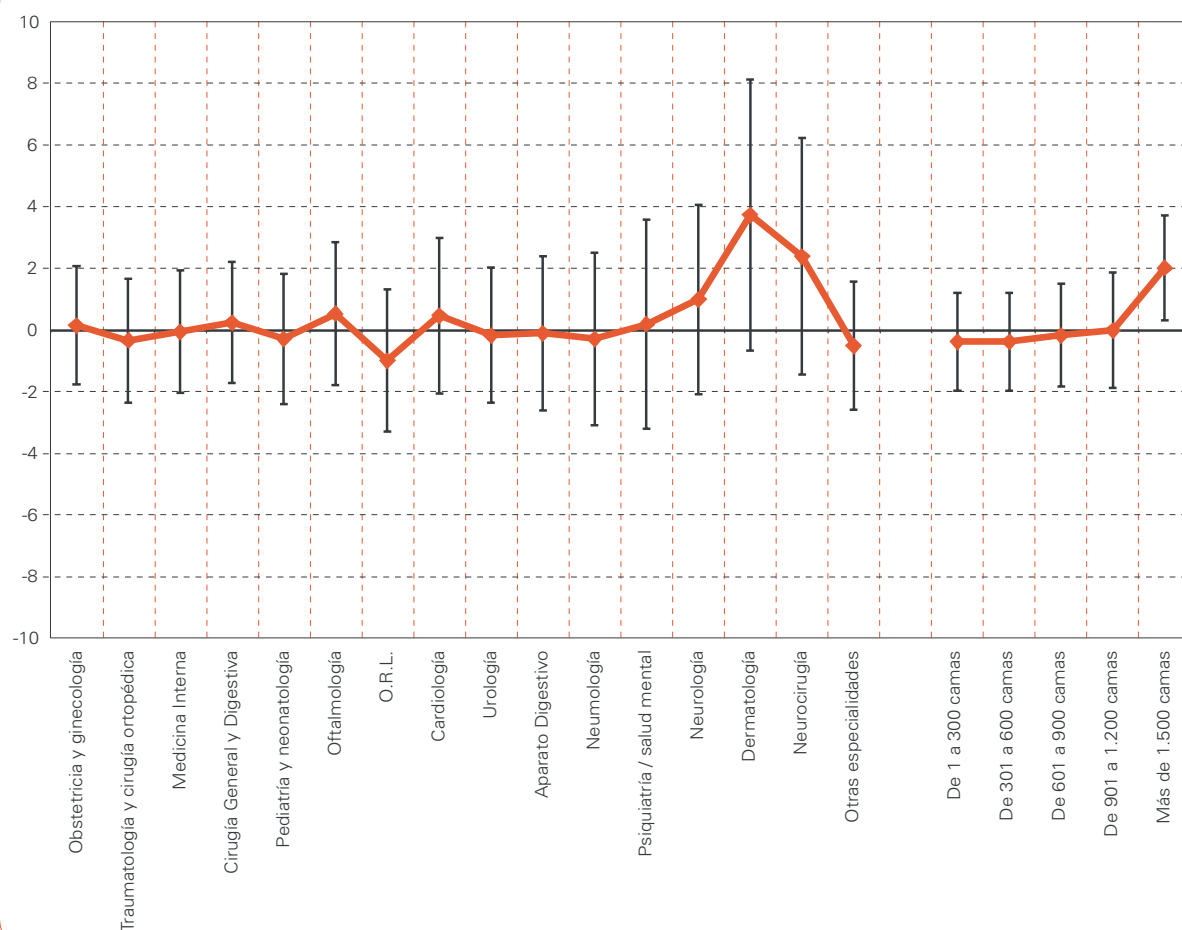


Gráfico 6.2 Perfiles de satisfacción hacia el servicio en Atención Hospitalaria, según variables (continuación)



Cuadro 9 Coeficientes y correlaciones del modelo de satisfacción con el tratamiento técnico (Atención Hospitalaria)

	Coeficientes tipificados		Correlaciones		Importancia
	Beta	Error típico	Orden cero	Parcial	
Nº de días	-0,032	0,009	-0,025	-0,032	0,033
Servicio	0,074	0,009	0,055	0,072	0,162
Edad	0,093	0,010	0,080	0,086	0,298
Estado civil	0,031	0,009	0,001	0,030	0,002
Nivel de estudios	-0,017	0,010	-0,041	-0,016	0,027
Situación laboral	-0,033	0,010	-0,053	-0,030	0,070
Ingresos netos	0,022	0,009	0,004	0,022	0,004
Tipo hospital	0,110	0,023	0,038	0,044	0,165
Ocupación	-0,039	0,010	-0,051	-0,037	0,078
Motivo alta	-0,041	0,009	-0,037	-0,041	0,061
Operación	0,076	0,009	0,051	0,074	0,153
Nº camas	0,095	0,023	-0,019	0,038	-0,072

Gráfico 7.1 Perfiles de satisfacción hacia el tratamiento técnico en Atención Hospitalaria, según variables

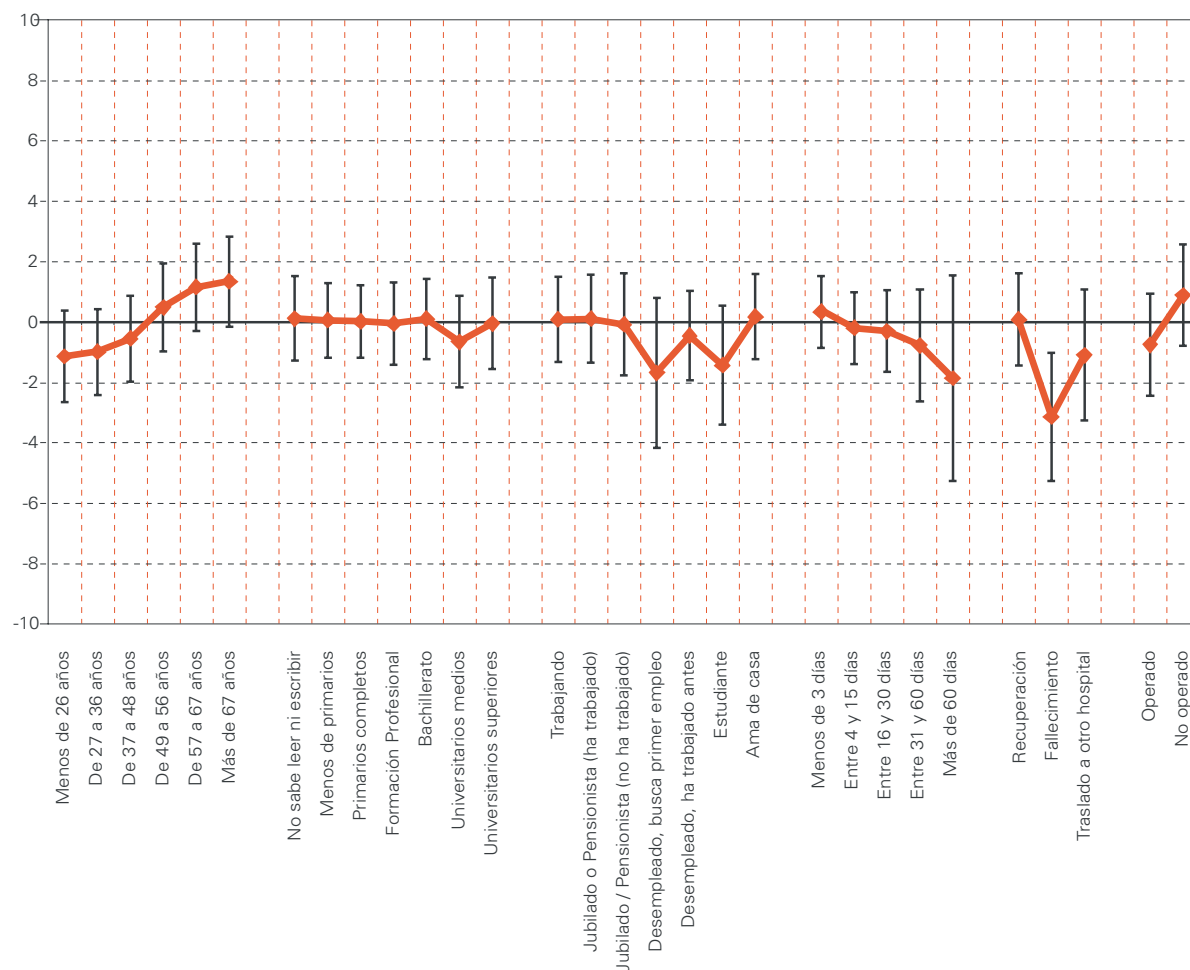
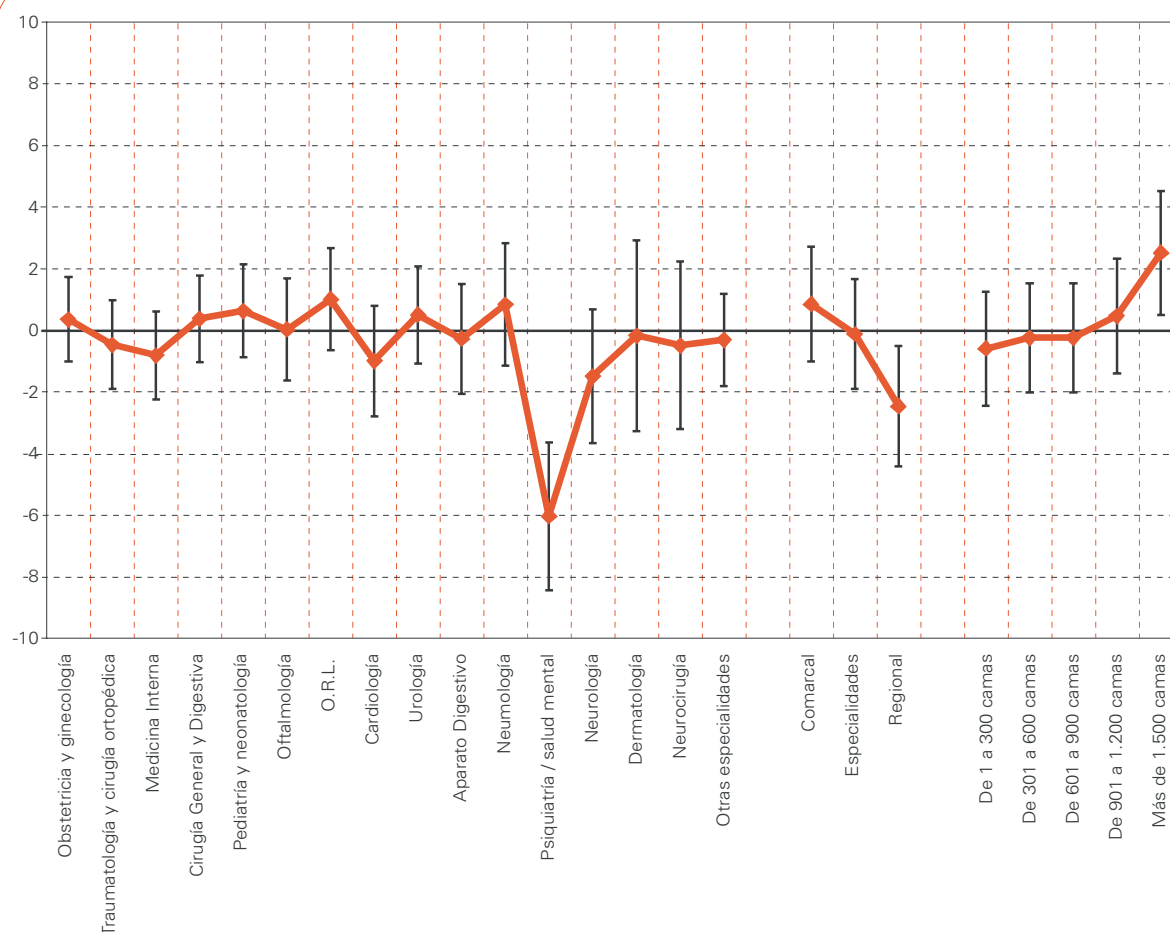


Gráfico 7.2 Perfiles de satisfacción hacia el tratamiento técnico en Atención Hospitalaria, según variables (continuación)



Cuadro 10 Coeficientes y correlaciones del modelo de satisfacción con los recursos humanos (Atención Hospitalaria)

	Coeficientes tipificados		Correlaciones		Importancia
	Beta	Error típico	Orden cero	Parcial	
Nº de días	-0,025	0,009	-0,007	-0,025	0,004
Servicio	0,074	0,009	0,054	0,074	0,092
Edad	0,159	0,011	0,152	0,135	0,552
Estado civil	0,037	0,009	-0,004	0,037	-0,004
Nivel de estudios	-0,075	0,010	-0,114	-0,067	0,195
Situación laboral	-0,044	0,010	0,017	-0,040	-0,017
Ingresos netos	0,028	0,010	-0,022	0,027	-0,014
Tipo hospital	0,056	0,017	0,024	0,030	0,030
Ocupación	-0,031	0,009	-0,057	-0,031	0,040
Motivo alta	0,065	0,009	0,064	0,065	0,094
Operación	0,034	0,009	0,046	0,034	0,036
Nº camas	0,060	0,017	-0,008	0,032	-0,011

Gráfico 8.1 Perfiles de satisfacción hacia los recursos humanos en Atención Hospitalaria, según variables (continuación)

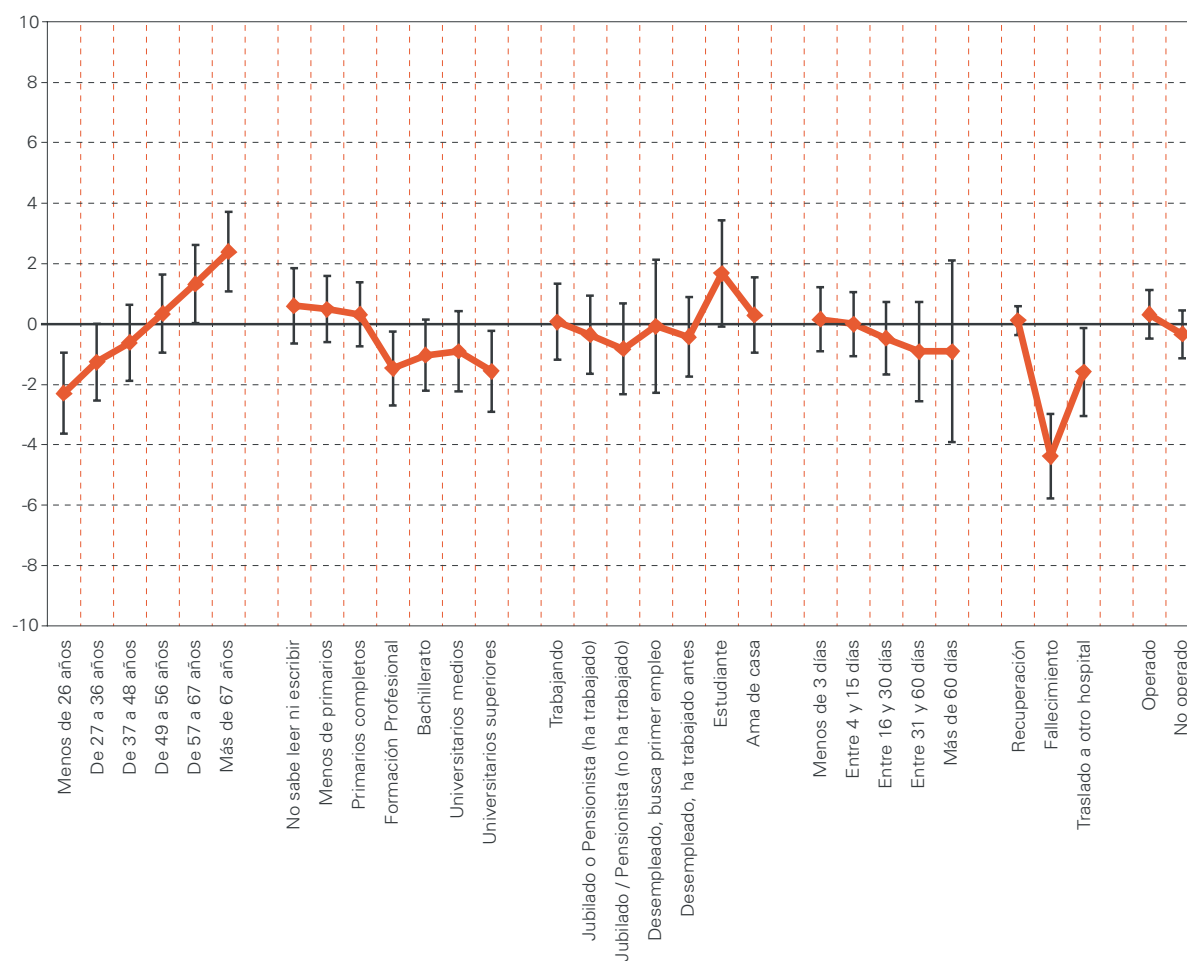
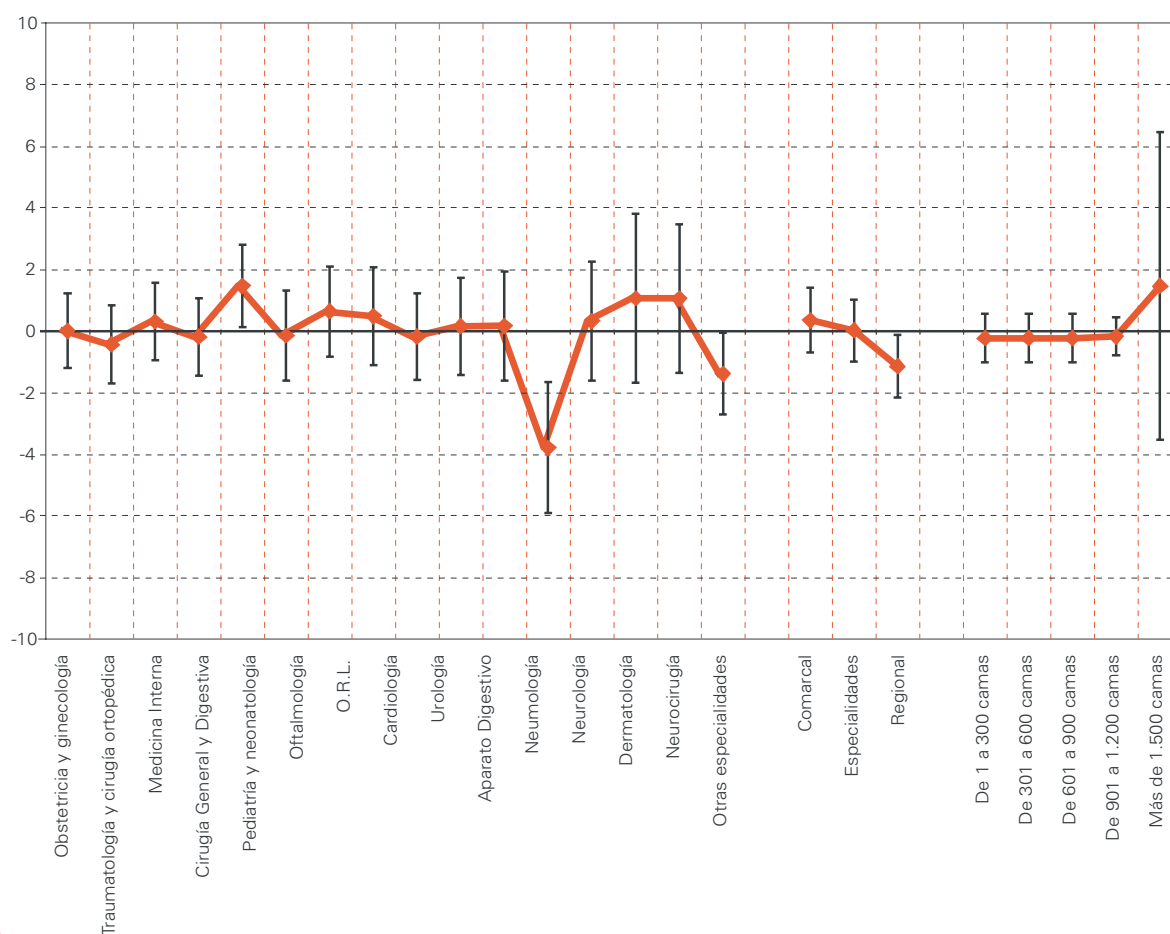


Gráfico 8.2 Perfiles de satisfacción hacia los recursos humanos en Atención Hospitalaria, según variables (continuación)



Cuadro 11 Coeficientes y correlaciones del modelo de satisfacción con las amenidades (Atención Hospitalaria)

	Coeficientes tipificados		Correlaciones		Importancia
	Beta	Error típico	Orden cero	Parcial	
Nº de días	-0,049	0,009	-0,039	-0,049	0,032
Servicio	0,044	0,009	0,021	0,044	0,016
Sexo	-0,050	0,010	-0,061	-0,047	0,051
Edad	0,135	0,013	0,153	0,097	0,350
Estado civil	0,035	0,009	0,031	0,035	0,018
Nivel de estudios	-0,090	0,011	-0,140	-0,077	0,213
Situación laboral	-0,032	0,013	0,095	-0,023	-0,051
Ingresos netos	0,030	0,009	0,001	0,030	0,001
Tipo hospital	0,251	0,021	0,105	0,109	0,447
Ocupación	-0,054	0,010	-0,092	-0,050	0,085
Tipo entrevistado	-0,005	0,010	-0,048	-0,005	0,004
Motivo alta	0,022	0,009	0,027	0,022	0,010
Operación	0,017	0,009	0,027	0,017	0,008
Nº camas	0,189	0,021	-0,062	0,082	-0,199

Gráfico 9.1 Perfiles de satisfacción hacia las amenidades en Atención Hospitalaria, según variables

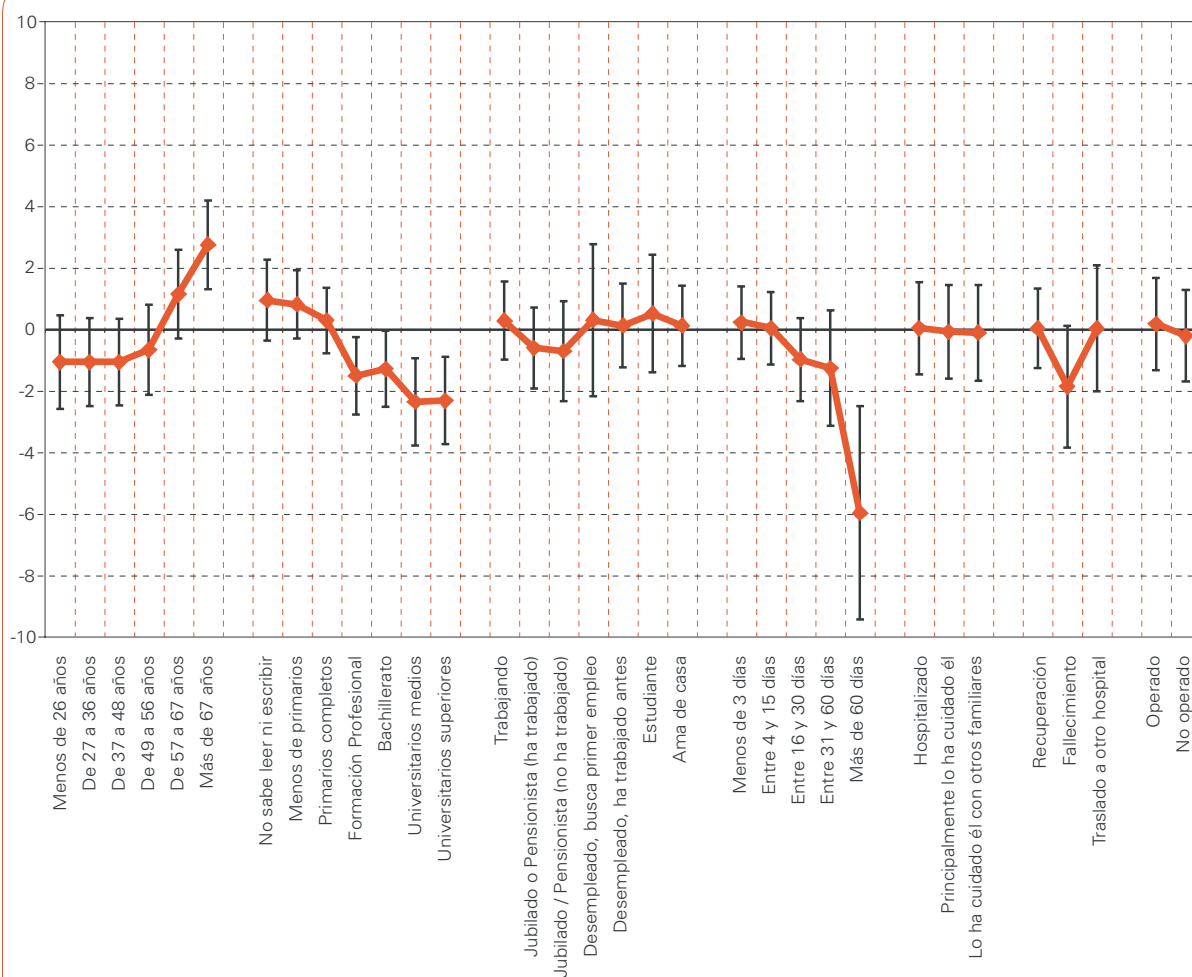
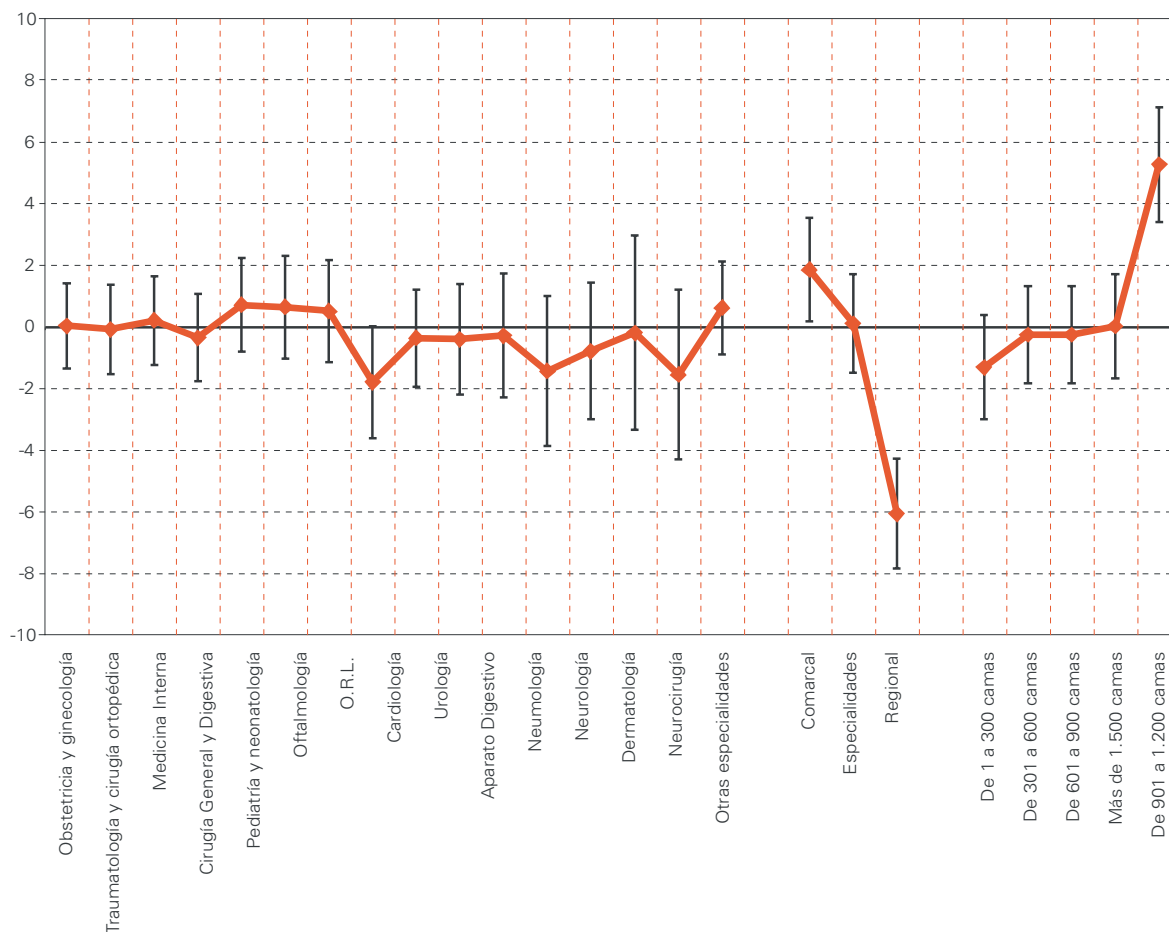


Gráfico 9.2 Perfiles de satisfacción hacia las amenidades en Atención Hospitalaria, según variables (continuación)



Cuadro 12 Coeficientes y correlaciones del modelo de satisfacción con el sistema organizativo (Atención Hospitalaria)

	Coeficientes tipificados		Correlaciones		Importancia
	Beta	Error típico	Orden cero	Parcial	
Nº de días	-0,051	0,009	-0,042	-0,051	0,064
Servicio	0,063	0,009	0,040	0,060	0,076
Edad	0,141	0,010	0,124	0,131	0,524
Nivel de estudios	-0,043	0,010	-0,066	-0,040	0,084
Ingresos netos	0,039	0,009	0,014	0,038	0,017
Tipo hospital	0,102	0,018	0,071	0,051	0,218
Ocupación	-0,022	0,009	-0,043	-0,022	0,029
Tipo entrevistado	0,019	0,009	0,005	0,019	0,003
Motivo alta	-0,013	0,009	-0,011	-0,014	0,005
Operación	0,041	0,009	0,045	0,041	0,055
Nº camas	0,056	0,018	-0,050	0,028	-0,084

Gráfico 10.1 Perfiles de satisfacción hacia el sistema organizativo en Atención Hospitalaria, según variables

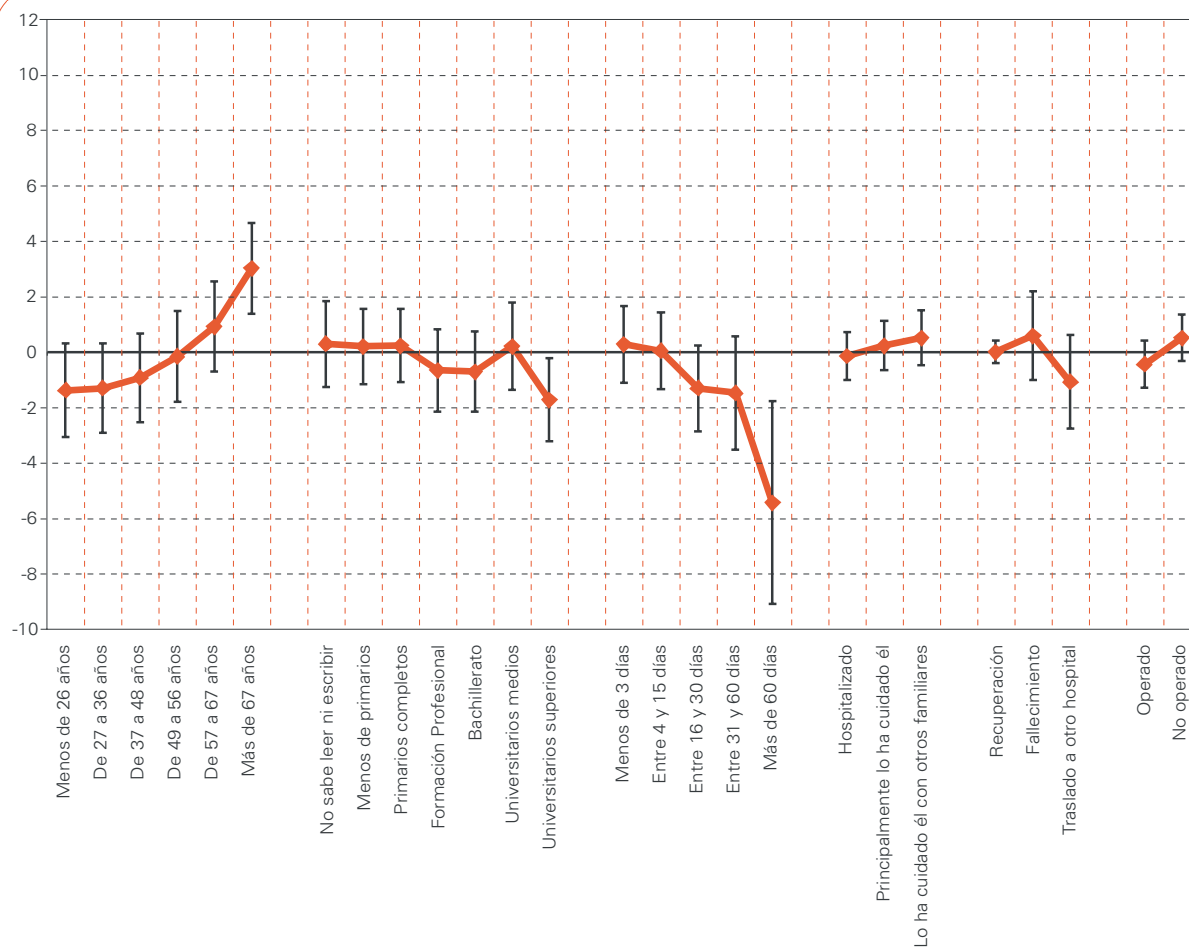
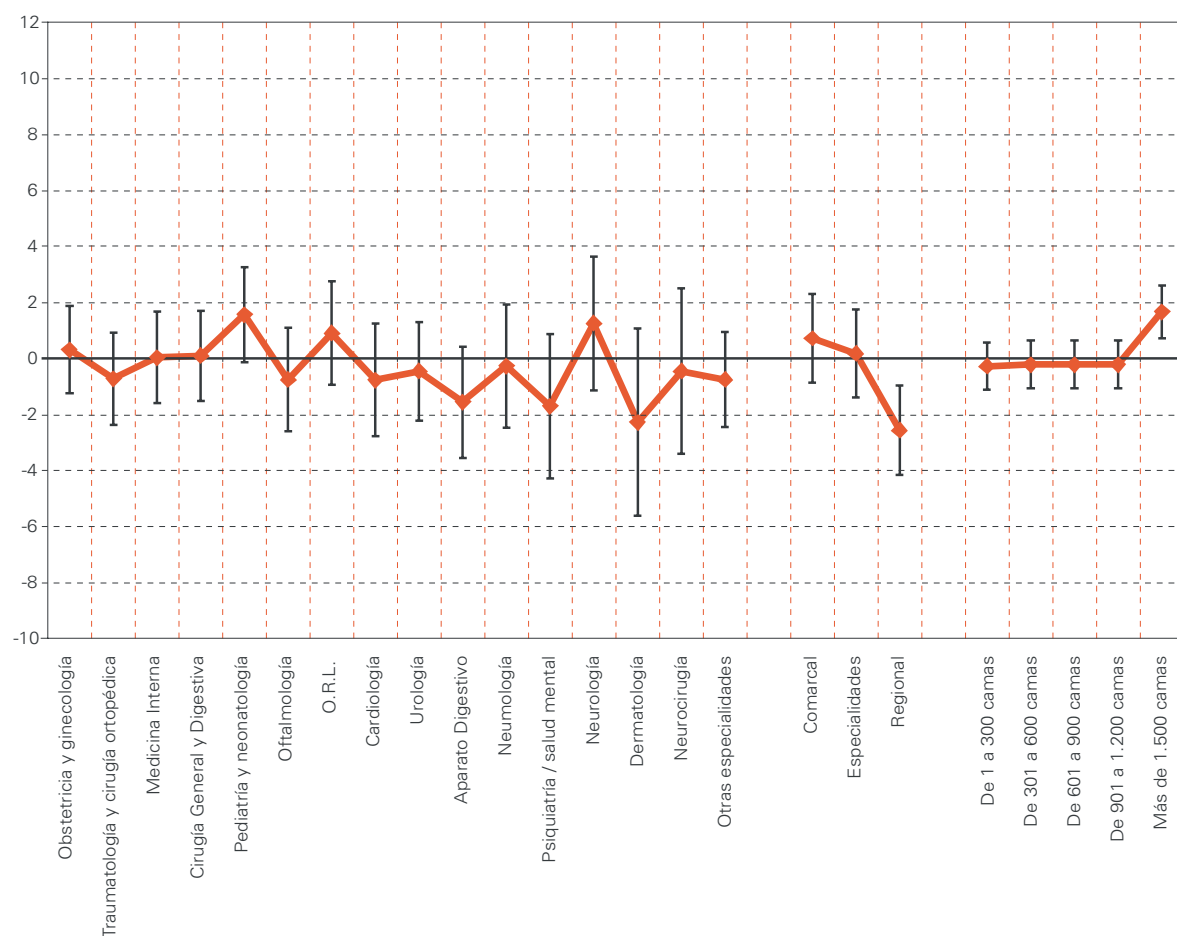


Gráfico 10.2 Perfiles de satisfacción hacia el sistema organizativo en Atención Hospitalaria, según variables (continuación)





Anexo 4

Fichas técnicas y cuestionarios

Ficha técnica del Barómetro Sanitario (1999)

Población: Personas residentes en Andalucía con edad igual o mayor de 18 años

Tamaño de la muestra: 2.402 entrevistas (margen de error de $\pm 2\%$ para un nivel de confianza de 2 sigmas o el 95,5%, en el supuesto de muestreo aleatorio simple)

Tipo de entrevista: presencial mediante entrevistador, realizada en los domicilios.

Tipo de muestreo: Muestreo bietápico, estratificado por conglomerados, con estratificación proporcional a la distribución de la población por áreas homogéneas de desarrollo socioeconómico en el territorio y grupos de edad y sexo.

Procedimiento de extracción de la muestra:

Primera etapa: Selección aleatoria de secciones censales en cada estrato definido por áreas homogéneas.

Segunda etapa: Selección de viviendas e individuos en cada sección censal mediante rutas aleatorias, cubriendo cuotas de sexo y grupos de edad.

Tamaño de la ruta por sección censal: 8 entrevistas

Número de núcleos de población: 162

Número de secciones censales (puntos muestrales): 299

Tiempo medio estimado de entrevista: 35 minutos

Fechas de trabajo de campo: 15 al 31 de mayo de 1999

Trabajo de campo: realizado por la red de campo del IESA.

Barómetro Sanitario de Andalucía

La información obtenida en esta encuesta está protegida por la ley 12/89 que regula el secreto estadístico para las administraciones públicas, no pudiéndose tratar ni difundir más que de forma numérica y agregada para garantizar el anonimato de los entrevistados.

Buenos días/tardes. EL IESA de Andalucía, en colaboración con la Junta de Andalucía, está realizando un estudio sobre las opiniones que tienen los andaluces acerca de la sanidad. Por este motivo le solicitamos su colaboración y se la agradecemos anticipadamente. Esta vivienda ha sido seleccionada al azar y le garantizamos un absoluto anonimato y secreto de sus respuestas.

ETIQUETA:

RUTA: N° CUESTIONARIO

PROVINCIA

MUNICIPIO

TAMAÑO DE HÁBITAT

DISTRITO SECCIÓN

GRUPO OFERTA SANITARIA

P1 ¿Sabe Vd. cómo se llama el organismo que se encarga de la asistencia sanitaria pública en Andalucía?

(ENTREVISTADOR/A: NO SUGERIR)

INSALUD. (Instituto Nacional de la Salud)1
 SAS (Servicio Andaluz de Salud)2
 Consejería de Salud3
 Seguridad Social4
 Ministerio de Sanidad y Consumo5

Otro: (anotar literalmente): _____
 NS98
 NC99

P2. En su opinión, ¿la asistencia sanitaria pública en Andalucía es mucho mejor, mejor, igual, peor o mucho peor que en el resto de España?

Mucho peor1
 Peor2
 Igual3
 Mejor4
 Mucho mejor5
 NS8
 NC9

P3. Y en la actualidad, ¿Vd. considera que la asistencia sanitaria pública en Andalucía está mucho mejor, mejor, igual, peor o mucho peor que hace tres años?

Mucho peor1
 Peor2
 Igual3
 Mejor4
 Mucho mejor5
 NS8
 NC9

P4. ¿Y en el futuro (dentro de tres años), considera que la asistencia sanitaria pública en Andalucía será mucho mejor, mejor, igual, peor o mucho peor?

Mucho peor1
 Peor2
 Igual3
 Mejor4
 Mucho mejor5
 NS8
 NC9

P5. Como Vd. sabe, la sanidad ocupa un destacado papel en las actuaciones de la Junta de Andalucía. A continuación se nombran, junto a la sanidad, otra serie de sectores de actuación de la administración pública. ¿Personalmente, qué importancia le da Vd. a cada una de ellas?

(TENGA EN CUENTA QUE 1 ES "NADA IMPORTANTE" Y 10 ES "MUY IMPORTANTE")

P5.1. Sanidad	98.	NS	99.	NC
P5.2. Educación	98.	NS	99.	NC
P5.3. Cobertura de Desempleo	98.	NS	99.	NC
P5.4. Pensiones para la tercera edad	98.	NS	99.	NC
P5.5. Vivienda	98.	NS	99.	NC
P5.6. Servicios Sociales (pobreza, menores, minusválidas, etc)	98.	NS	99.	NC

P6. Desde su punto de vista, ¿la Junta de Andalucía debería de gastar en salud, mucho menos, menos, lo mismo, más o mucho más de lo que gasta ahora?

Debería de gastar mucho menos	1
Debería de gastar menos	2
Debería de gastar lo mismo	3
Debería de gastar más	4
Debería de gastar mucho más	5
NS	6
NC	7

P7. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones expresa mejor su opinión sobre el sistema sanitario público en Andalucía?

(MOSTRAR TARJETA 1)

La sanidad pública andaluza funciona bastante bien	1
La sanidad pública andaluza funciona bien, aunque son necesarios algunos cambios	2
La sanidad pública necesita cambios fundamentales, aunque algunas cosas funcionan.	3
La sanidad pública funciona bastante mal, tanto que hay que rehacerla completamente.	4
NS	8
NC	9

P8. Por favor, indique si Vd. o su familia son titulares de algunos de los siguientes seguros sanitarios, tanto públicos como privados.

(RECUERDE QUE CUANDO HABLAMOS DE SU FAMILIA NOS REFERIMOS SÓLO A LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU HOGAR)

(MULTIRESPUESTA: INDIQUE TODAS LAS NECESARIAS)

(MOSTRAR TARJETA 2)

Seguridad Social	1
Mutuas sanitarias del estado acogidas a un seguro privado (MUFACE, ISFAS, etc.)	2
Seguro médico privado pagado por la empresa	3
Seguro médico privado pagado por Vd. mismo o alguien de su familia (SANITAS, ASISA, ADESLAS, etc)	4
No tiene seguro médico	5
NS	8
NC	9

P9. En general, cuando Vd. o alguno de los familiares que viven con Vd. tienen que utilizar un servicio sanitario ¿a qué tipo de centro acuden normalmente para los siguientes tipos de atención sanitaria?

	P9.1 ENFERMEDAD LEVE	P9.2 ENFERMEDAD GRAVE	P9.3 UN PARTO
A un servicio del SAS o público	11	1	
A un servicio sanitario privado	2	2	2
A ambos	3	3	3
NS	8	8	8
NC	9	9	9

P10. Y cuando tienen que ir a uno de los siguientes médicos. ¿a qué tipo de servicio acuden normalmente?

	P10.1 MÉDICO DE CABECERA	P10.2 MÉDICO ESPECIALISTA
A un servicio del SAS o público	1	1
A un servicio sanitario privado	2	2
A ambos	3	3
NS	8	8
NC	9	9

P11. En su opinión, ¿cree Vd. que la medicina privada en Andalucía ofrece algún tipo de servicio que no se preste en los centros del SAS?

Sí	1
No	2
NS	8
NC	9

Pasa a **P13**

P12. ¿Podría citar algunos?

P12.1	_____	_____
P12.2	_____	_____
P12.3	_____	_____

P13. Por lo que Vd. conoce o ha oído de la medicina privada en Andalucía, ¿sabe si presta los siguientes servicios?

	Si	No	NS	NC
P13.1. Atención de urgencias graves (accidentes de tráfico, problemas graves, etc)	1	2	8	9
P13.2. Atención de enfermos mentales graves	1	2	8	9
P13.3. Trasplantes de órganos	1	2	8	9
P13.4. Intervenciones quirúrgicas complicadas	1	2	8	9
P13.5. Atención y seguimiento de enfermos de SIDA	1	2	8	9
P13.6. Vacunaciones infantiles	1	2	8	9
P13.7. Prótesis (de cadera, rodilla, etc)	1	2	8	9
P13.8. Atención de urgencias de niños (pediátricas)	1	2	8	9

P14. A continuación nos gustaría que Vd. comparara los servicios sanitarios públicos y privados. Para cada una de las siguientes cuestiones, indique si la sanidad pública andaluza es mucho mejor, algo mejor, igual, algo peor o mucho peor que la sanidad privada.

(MOSTRAR TARJETA 3)

	MUCHO MEJOR	ALGO MEJOR	IGUAL	ALGO PEOR	MUCHO PEOR	NS	NC
P14.1. La tecnología sanitaria (aparatos y equipos)	1	2	3	4	5	8	9
P14.2. El número de especialidades médicas	1	2	3	4	5	8	9
P14.3. La eficacia o el éxito en los diagnósticos, curas o tratamientos	1	2	3	4	5	8	9
P14.4. La capacidad y preparación de los profesionales	1	2	3	4	5	8	9
P14.5. La calidad de la atención	1	2	3	4	5	8	9
P14.6. El respeto a la intimidad	1	2	3	4	5	8	9
P14.7. El número de centros y hospitales	1	2	3	4	5	8	9
P14.8. La información que se da al paciente sobre sus problemas	1	2	3	4	5	8	9
P14.9. La comodidad de los centros	1	2	3	4	5	8	9
P14.10. La confianza y seguridad que dan los profesionales	1	2	3	4	5	8	9

P15. En Andalucía ¿en general, considera Vd. que la asistencia sanitaria pública es mucho mejor, algo mejor, igual, algo peor o mucho peor que la asistencia sanitaria privada?

La sanidad pública es mucho mejor	1
La sanidad pública es algo mejor	2
La sanidad pública es igual que la privada	3
La sanidad pública es algo peor	4
La sanidad pública es mucho peor	5
NS	8
NC	9

Atención Primaria (Médicos de cabecera y pediatras)

P16. ¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que Vd. o alguno de los familiares que viven con Vd. fue a un médico de cabecera o de medicina general del SAS?

	P16.1 ENTREVISTADO	P16.2 ALGUNO DE SUS FAMILIARES
Menos de 1 mes	1	1
De 1 a 6 meses	2	2
De 6 meses a 1 año	3	3
Más de 1 año	4	4
NS/NR	8	8
NC	9	9

P17. En el último año, ¿podría Vd. indicarnos aproximadamente cuántas veces ha ido a visitar a un médico de cabecera o de medicina general de los siguientes tipos?

P17.1. Del SAS o de un servicio público

_____ visitas 0. Ninguna 98.NS 99.NC

P17.2. Médico privado o de compañía privada

_____ visitas 0. Ninguna 98.NS 99.NC

P18. Con independencia de que Vd. haya ido o no a su médico de cabecera, nos gustaría que valorase la atención primaria que presta el Servicio Andaluz de Salud. (medicina general y pediatría en centros de salud y consultorios). Por favor, díganos su grado de acuerdo con cada una de las siguientes cuestiones. (MOSTRAR TARJETA 4)

(NOTA: SI VD. NO HA IDO, PUEDE DECIR LO QUE PIENSA POR LO QUE LE HAN DICHO O LE HAN COMENTADO FAMILIARES O CONOCIDOS)

	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESAC.	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO	NS	NC
P18.1. Atienden el mismo día que se pide la cita o al día siguiente	1	2	3	4	5	8	9
P18.2. El horario de atención resulta cómodo	1	2	3	4	5	8	9
P18.3. El centro o consultorio está cerca de su domicilio	1	2	3	4	5	8	9
P18.4. Los profesionales transmiten confianza y seguridad	1	2	3	4	5	8	9
P18.5. La información que le dan es la adecuada	1	2	3	4	5	8	9
P18.6. No hay que esperar mucho para ser atendido	1	2	3	4	5	8	9
P18.7. Los profesionales (médicos/as, enfermeros/as) son amables	1	2	3	4	5	8	9
P18.8. Se respeta la intimidad de los pacientes	1	2	3	4	5	8	9
P18.9. Las instalaciones son cómodas y adecuadas	1	2	3	4	5	8	9

P19. En su opinión, cuáles serían los tres aspectos más importantes a mejorar en los centros de salud y consultorios del SAS?

(MÁXIMO 3 RESPUESTAS)

P19.1. _____

P19.2. _____

P19.3. _____

0. Ninguno 98 NS 99. NC

P20. Por lo que Vd. conoce, ¿sabe si los servicios que le voy a citar son prestados por los médicos de cabecera y profesionales de enfermería del SAS?

	Si	No	NS	NC
P20.1. Planificación familiar	1	2	8	9
P20.2. Educación maternal	1	2	8	9
P20.3. Atención a domicilio de personas graves o que no pueden moverse	1	2	8	9
P20.4. Atención a las embarazadas	1	2	8	9
P20.5. Seguimiento de los enfermos con diabetes	1	2	8	9
P20.6. Atención a los enfermos con la tensión alta	1	2	8	9

P21. Por lo que Vd conoce, ¿sabe si los servicios que le voy a citar son prestados por los médicos pediatras y profesionales de enfermería del SAS?

	Sí	No	NS	NC
P21.1 Vacunaciones infantiles	1	2	8	9
P21.2 Revisiones periódicas de niños menores de 1 año	1	2	8	9
P21.3 Prevención de caries (por los dentistas)	1	2	8	9
P21.4 Revisiones de vista y oído	1	2	8	9

Atención Especializada

P22. ¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que Vd. o alguna de las personas que viven con Vd. fue a un médico especialista del SAS?

	P22.1 ENTREVISTADO	P22.2 OTRO FAMILIAR
Menos de 6 meses	1	1
De 6 meses a 1 año	2	2
De 1 a 2 años	3	3
De 2 a 3 años	4	4
Más de 3 años	5	5
No ha ido nunca	6	6
NS/NR	8	8
NC	9	9

P23. Por favor, en el último año indique las veces que Vd ha asistido aproximadamente a la consulta de un médico especialista de los siguientes tipos.

P23.1. Del SAS o de un servicio público

_____ visitas 0.Ninguna 98.NR 99.NC

P23.2. Médico privado o de compañía privada

_____ visitas 0.Ninguna 98.NR 99.NC

P24. Con independencia de que Vd haya ido o no a un médico especialista, nos gustaría que valorase la atención especializada que presta el Servicio Andaluz de Salud. Por favor, díganos su grado de acuerdo con cada una de las siguientes cuestiones. (MOSTRAR TARJETA 4)

(NOTA: SI VD. NO HA IDO, PUEDE DECIR LO QUE PIENSA POR LO QUE LE HAN DICHO O LE HAN COMENTADO FAMILIARES O CONOCIDOS)

	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESAC.	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO	NS	NC
P24.1. La información que dan sobre los problemas es la adecuada1	2	3	4	5	8	9	
P24.2 El horario de atención resulta cómodo1	2	3	4	5	8	9	
P24.3. Es fácil conseguir cita1	2	3	4	5	8	9	
P24.4. Los profesionales (médicos/as, que atienden son amables1	2	3	4	5	8	9	
P24.5. Cuando se llega a la consulta, no hay que esperar mucho para ser atendido1	2	3	4	5	8	9	
P24.6. El lugar para las consultas con el especialista está cerca de su domicilio1	2	3	4	5	8	9	
P24.7. Los médicos especialistas y médico de cabecera intercambian información sobre los problemas de salud de los pacientes1	2	3	4	5	8	9	
P24.8. Se respeta la intimidad de los pacientes1	2	3	4	5	8	9	
P24.9. Los profesionales transmiten confianza y seguridad1	2	3	4	5	8	9	

P25. En el último año, ¿Vd. o alguno de los familiares que viven en su hogar ha tenido que hacerse alguna de las siguientes pruebas de laboratorio en algún servicio del SAS?: análisis de sangre, análisis de orina, rayos x, etc.

Sí1
No2
NS/NR8
NC9

Pasa a **P27**

P26. Por favor, díganos su grado de acuerdo con las siguientes cuestiones referidas a las pruebas de laboratorio del SAS.

(MOSTRAR TARJETA 4)

	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESAC.	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO	NS	NC
P26.1 El horario de atención es conveniente1	2	3	4	5	8	9	
P26.2. No tardan mucho en atender a los pacientes1	2	3	4	5	8	9	
P26.3. No hay que esperar mucho tiempo para que den cita1	2	3	4	5	8	9	
P26.4. No tardan mucho en dar los resultados1	2	3	4	5	8	9	
P26.5. Disponen de las infraestructuras y tecnología (aparatos y equipos) necesaria1	2	3	4	5	8	9	

P27. En su opinión, cuáles serían los tres aspectos más importantes a mejorar en la atención especializada que presta el SAS?

(MAXIMO 3 RESPUESTAS)

P27.1.1.

P27.2.1.

P27.3.1.

0. Ninguno 98.NS 99.NC

Atención Hospitalaria

P28. ¿Vd. o alguno de los familiares que viva con Vd. ha estado ingresado en un hospital del SAS por un problema de salud? (sin incluir partos)

P28.1 ENTREVISTADO	P28.2 OTRO FAMILIAR
Si Pasa a P29.1 y P30.1	Si Pasa a P29.2 y P30.2
No	No
NS/NR	NS/NR
NC	NC

P29. En ese caso, ¿cuanto tiempo hace?

P29.1 ENTREVISTADO	P29.2 OTRO FAMILIAR (si hay varias personas del hogar, preguntar sólo por la última persona que ha estado ingresada)
Menos de 6 meses1	1
De 6 meses a 1 año2	2
De 1 a 2 años3	3
De 2 a 3 años4	4
De 3 a 5 años5	5
Más de 5 años6	6
NR8	8
NC9	9

P30. ¿Cuántos días aproximadamente estuvo ingresado?

P30.1 ENTREVISTADO	P30.2 OTRO FAMILIAR
____ días	____ días
998.NS/NR 999.NC	998.NS/NR 999.NC

P31. Ahora nos referimos a los ingresos en un hospital por motivo de un parto. ¿Vd. o su cónyuge, o bien alguno de los familiares que viven con Vd. ha estado ingresado alguna vez en un hospital del SAS para dar a luz?

P31.1 ENTREVISTADO O CÓNYUGE	P31.2 OTRO FAMILIAR
Si1 Pasa a P32.1	Si1 Pasa a P32.2
No2	No2
NS/NR8	NS/NR8
NC9	NC9

P32. En ese caso, ¿cuanto tiempo hace desde la última vez?

P32.1 ENTREVISTADO O CÓNYUGE	P32.2 OTRO FAMILIAR
Menos de 6 meses1	1
De 6 meses a 1 año2	2
De 1 a 2 años3	3
De 2 a 3 años4	4
De 3 a 5 años5	5
Más de 5 años6	6
NR8	8
NC9	9

P33. ¿En el último año, Vd. o alguno de los familiares que viven con Vd. ha estado ingresado en algún hospital que no fuera del SAS?

Sí, en otro hospital público1
Sí, en una clínica u hospital privado2
Sí, en ambos3
No4
NS/NR8
NC9

P34. Independientemente de que Vd. o alguno de sus familiares haya estado ingresado en un hospital, ahora le vamos a nombrar algunas cuestiones referidas a los hospitales del SAS. Por favor, díganos su grado de acuerdo con cada una de ellas? (MOSTRAR TARJETA 4)

(NOTA: SI VD. NO HA ESTADO INGRESADO, PUEDE DECIR LO QUE PIENSA POR LO QUE LE HAN DICHO O LE HAN COMENTADO FAMILIARES O CONOCIDOS)

	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESAC.	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO	NS	NC
P34.1 Informan sobre el problema y el proceso de la intervención1	2	3	4	5	8	9	
P34.2. Resuelven las intervenciones quirúrgicas con mucha eficacia1	2	3	4	5	8	9	
P34.3. Informan de los beneficios y los riesgos para la salud del paciente1	2	3	4	5	8	9	
P34.4. No hay que esperar mucho tiempo para que te realicen la intervención1	2	3	4	5	8	9	
P34.5. Es posible pedir cita con otro médico especialista para tener una segunda opinión1	2	3	4	5	8	9	
P34.6. La intervención puede ser realizada en cualquier hospital del SAS (siempre que tenga la especialidad quirúrgica que se requiera)1	2	3	4	5	8	9	
P34.7. Los profesionales (médicos, enfermería) que atienden son amables1	2	3	4	5	8	9	
P34.8. Se respeta la intimidad de los pacientes1	2	3	4	5	8	9	
P34.9. Los profesionales transmiten confianza y seguridad1	2	3	4	5	8	9	

P35. En el último año, ¿Vd. o alguno de sus familiares que viven en su hogar ha tenido que realizarse alguna prueba médica de las siguientes en un hospital del SAS?: TAC, Resonancia magnética, Ecografía, mamografía, etc.

Sí1
 No2
 NS/NR8
 NC9

Pasa a **P37**

P36. Por favor, díganos su grado de acuerdo con las siguientes cuestiones referidas a las pruebas médicas en los hospitales del SAS.

	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESAC.	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO	NS	NC
P36.1. El horario de atención es conveniente1	2	3	4	5	8	9	
P36.2. No tardan mucho en atender a los pacientes1	2	3	4	5	8	9	
P36.3. No hay que esperar mucho tiempo para que den cita1	2	3	4	5	8	9	
P36.4. No tardan mucho en dar los resultados1	2	3	4	5	8	9	
P36.5. Disponen de la infraestructura y tecnología (aparatos y equipos) necesaria1	2	3	4	5	8	9	

P37. En su opinión, ¿cuáles son los tres aspectos más importantes a mejorar en los hospitales del SAS?

(MAXIMO 3 RESPUESTAS)

P37.1. _____

P37.2. _____

P37.3. _____

0.Ninguno 98.NS 99.NC

P38. ¿Sabe Vd. si se prestan los siguientes servicios en los ambulatorios de especialidades y hospitales del SAS?

(RECUERDE: NO NOS REFERIMOS A UN AMBULATORIO U HOSPITAL CONCRETO, SINO AL CONJUNTO DEL SAS)

	Sí	No	NS	NC
P38.1. Atienden todas las especialidades	1	2	8	9
P38.2. Disponen de la tecnología y aparatos más actuales	1	2	8	9
P38.3. Realizan todo tipo de operaciones, por graves y complicadas que sean	1	2	8	9
P38.4. Realizan todo tipo de pruebas de laboratorio	1	2	8	9
P38.5. Pueden trasladar al paciente a otro hospital del SAS si es necesario	1	2	8	9
P38.6. Los usuarios pueden elegir el hospital en el que quieren que se les trate	1	2	8	9
P38.7. Existe la cirugía en el mismo día, sin tener que quedarse ingresado	1	2	8	9
P38.8. Es posible pedir cita con otro médico especialista para pedir una segunda opinión	1	2	8	9
P38.9. La intervención puede ser realizada en cualquier hospital del SAS	1	2	8	9

Urgencias

P39. En el último año, ¿Vd. o alguno de sus familiares han tenido que ser atendido por un servicio de urgencias en Andalucía?

	P39.1 ENTREVISTADO	P39.2 OTRO FAMILIAR
Sí	1	1
No	2	2
NS/NR	8	8
NC	9	9

P40. ¿En cuáles de estos lugares ha estado en el último año para la atención de una urgencia?

(SEÑALE TODOS LOS NECESARIOS)

	Sí	No	NS	NC
P40.1. Urgencias de un Centro de Salud del SAS o público	1	2	8	9
P40.2. Urgencias de un Hospital del SAS o públicos	1	2	8	9
P40.3. Urgencias de un clínica u hospital privado	1	2	8	9
P40.4. Llamó al 061	1	2	8	9

P41. Independientemente de que Vd. o alguno de sus familiares haya tenido que ser atendido por una urgencia, a continuación se exponen una serie de cuestiones relacionadas con los servicios de urgencias del SAS. Por favor, díganos su grado de acuerdo con cada una de ellas.

(MOSTRAR TARJETA 4)

	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESAC.	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO	NS	NC
P41.1. Los profesionales (médicos, enfermería) que atienden son amables	1	2	3	4	5	8	9
P41.2. No hay que esperar mucho tiempo para recibir atención	1	2	3	4	5	8	9
P41.3. Resuelven las curas e intervenciones con eficacia	1	2	3	4	5	8	9
P41.4. Tengo confianza y seguridad en los servicios que prestan	1	2	3	4	5	8	9
P41.5. La información durante el proceso de intervención es adecuada	1	2	3	4	5	8	9
P41.6. Las instalaciones de las urgencias son cómodas y adecuadas	1	2	3	4	5	8	9

Unidades de Atención al Usuario

P42. Como Vd. sabe, en el SAS existen unas unidades u oficinas dedicadas a informar y atender a los usuarios, que normalmente están situadas en los centros de salud, hospitales y distritos sanitarios. ¿En el último año, ha acudido Vd. a alguna de ellas a solicitar información?

Sí	1
No	2
No sabía que existían	3
NR	8
NC	9

P43. A continuación se exponen algunas cuestiones referidas a estos servicios de atención al usuario. Por favor, díganos su grado de acuerdo con cada una de ellas.

(MOSTRAR TARJETA 4)

	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESAC.	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO	NS	NC
P43.1. El personal que atiende escucha a los usuarios.1	2	3	4	5	8	9	
P43.2. No hay que esperar mucho tiempo para recibir atención1	2	3	4	5	8	9	
P43.3. La información que dan es suficiente .1	2	3	4	5	8	9	
P43.4. El personal que atiende es amable1	2	3	4	5	8	9	
P43.5. Ofrecen soluciones para solucionar los problemas sobre los que se consulta ..1	2	3	4	5	8	9	

P44. En resumen, ¿cuáles son para Vd. los tres aspectos más valorados de la sanidad pública andaluza?

(MAXIMO 3 RESPUESTAS)

P44.1.

P44.2.

P44.3.

0. Ninguno 98. No sabe 99. NC

P45. ¿Y cuáles son para Vd. los tres problemas más importantes que tiene la sanidad pública andaluza?

(MAXIMO 3 RESPUESTAS)

P45.1.

P45.2.

P45.3.

0. Ninguno 98. No sabe 99. NC

P46. En resumen, y teniendo en cuenta todos los aspectos, ¿cómo se considera Vd. de satisfecho con los servicios sanitarios prestados por el Servicio Andaluz de Salud?

Muy insatisfecho1
 Insatisfecho2
 Ni satisfecho no insatisfecho3
 Satisfecho4
 Muy satisfecho5
 NS8
 NC9

P47. ¿Ha oído hablar de las medidas relacionadas con la lista de medicamentos que paga la seguridad social, coloquialmente llamada “el medicamentazo”?

Sí1
 No2
 NC9

ENTREVISTADOR/A: EXPLICAR MEDIDA
 Pasa a **P49**

P48. ¿Con qué interés ha seguido este tema?

Ningún interés1
 Poco2
 Bastante3
 Mucho4
 NS8
 NC9

P49. Como Vd. sabe, la Junta de Andalucía no ha aceptado las últimas medidas relacionadas con este tema, y va a seguir financiando a los andaluces los medicamentos que han sido excluidos por el Gobierno de la nación. ¿Qué le parece esta decisión de la Junta de Andalucía?

Muy mal1
 Mal2
 Indiferente3
 Bien4
 Muy Bien5
 NS/no tiene opinión formada8
 NC9

P50. Por lo que Vd. sabe, ¿podría decirme si todos los ciudadanos en Andalucía tienen derecho a las siguientes cuestiones?

	Sí	No	NS	NC
P50.1. A recibir un informe médico, después de haber sido recibido en urgencias	1	2	8	9
P50.2. A recibir un informe médico, después de haber sido atendido por el médico especialista	1	2	8	9
P50.3. A conocer la información sobre su historia clínica	1	2	8	9
P50.4. A recibir una segunda opinión, es decir, ser visto por otro médico especialista si se quiere contrastar el diagnóstico o tratamiento	1	2	8	9
P50.5. A recibir un informe de alta después de haber estado ingresado en un hospital	1	2	8	9
P50.6. A elegir el médico de cabecera y al pediatra	1	2	8	9
P50.7. A elegir el médico especialista	1	2	8	9
P50.8. A elegir el hospital donde quiere que se le trate	1	2	8	9

P51. En su opinión, ¿Vd. cree que la sanidad pública andaluza presta los mismos servicios a todos los ciudadanos, con independencia de las siguientes cuestiones?

	Sí	No	NS	NC
P51.1. Se resida en una ciudad o pueblo pequeño	1	2	8	9
P51.2. Se sea joven o anciano	1	2	8	9
P51.3. Se sea hombre o mujer	1	2	8	9
P51.4. Se tenga un nivel económico alto o bajo	1	2	8	9
P51.5. Se padezca una enfermedad leve o grave	1	2	8	9

P52. Refiriéndonos a la libre elección de médico especialista y de hospital en el SAS, ¿cree Vd. que esta medida contribuirá a mejorar la atención sanitaria a los usuarios?

Sí1 Pasa a **P53**
 No2 Pasa a **P54**
 NS8 Pasa a **P55**
 NC9 Pasa a **P55**

P53. ¿Por qué motivos cree que la libre elección de médico Sí contribuirá a mejorar la atención sanitaria?

(MAXIMO 3 RESPUESTAS)

P53.1. _____
 P53.2. _____
 P53.3. _____

P54. ¿Por qué motivos cree que la libre elección de médico NO contribuirá a mejorar la atención sanitaria?

(MAXIMO 3 RESPUESTAS)

P54.1. _____
 P54.2. _____
 P54.3. _____

P55. En el último año, ¿Vd. o alguna persona de su familia ha intentado cambiar de médico de cabecera en el SAS?

Sí1
 No2
 NS/NR8
 NC9

Pasa a **P58**

P56. ¿Ha tenido algún problema de los siguientes?

	Sí	No	NS	NC
P56.1. No había otro médico disponible	1	2	8	9
P56.2. No había plazas para el médico que yo quería	1	2	8	9
P56.3. Se ha tardado demasiado	1	2	8	9
P56.4. No me han informado adecuadamente	1	2	8	9

P57. ¿Al final cambió de médico?

Sí1
 No2
 NS/NR8
 NC9

P58. En el último año, Vd. o alguna persona de su familia ha intentado cambiar de médico especialista o de hospital del SAS?

Sí1
 No2
 NS/NR8
 NC9

Pasa a **P61**

P59. ¿Ha tenido algún problema de los siguientes?

	Sí	No	NS	NC
P59.1. No había otro médico u hospital disponible	1	2	8	9
P59.2. No había plazas para el médico u hospital que yo quería	1	2	8	9
P59.3. Se ha tardado demasiado	1	2	8	9
P59.4. No me han informado adecuadamente	1	2	8	9

P60. ¿Al final ha cambiado de especialista o de hospital?

Sí1
 No2
 NS/NR8
 NC9

P61. ¿Cómo considera Vd. que es su estado de salud?

Muy malo	1
Malo	2
Regular	3
Bueno	4
Muy bueno	5
NS	8
NC	9

P62. ¿Podría decirnos a qué partido votó en las últimas elecciones autonómicas?

PP	1
PSOE	2
IU-LV-CA	3
PA	4
Otros	5
Voto en blanco	6
No tenía edad para votar	7
No fue a votar	8
NS/NR	98
NC	99

P63. Sexo

Hombre	1
Mujer	2

P64. Edad: _____ años 99.NC**P65. Estado civil**

Soltero	1
Casado	2
Conviviendo en pareja	3
Divorciado	4
Viudo	5
NC	9

P66. ¿Tiene Vd. hijos conviviendo con Vd.?

Sí	1	—> P67. ¿cuántos? _____
No	2	
NC	9	

P68. N° de personas residiendo en el hogar contando a Vd. _____**P69. Por favor, indique el n° de personas que viven habitualmente en su hogar en las siguientes edades**

(NOTA: LA SUMA DE P69 TIENE QUE SER IGUAL A P68)

P69.1 Menores de 7 años	_____	(0: ninguno 99. No contesta)
P69.2. Entre 7 y 14 años	_____	
P69.3. Entre 15 y 45 años	_____	
P69.4. Entre 46 y 64 años	_____	
P69.5. 65 ó más años	_____	

P70. Nivel de estudios

No sabe leer ni escribir	1
No ha ido a la escuela, pero sabe leer y escribir	2
Primarios sin finalizar	3
Primarios completos (Graduado Escolar)	4
Formación Profesional	5
Bachillerato	6
Universitarios medios (diplomado, ing. técnico)	7
Universitarios superiores (licenciado, ing. superior, doctorado)	8
Otros estudios no reglados	9
NC	99

P71. ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra Vd.?

Trabaja	1	Pasa a P72 y P73
Jubilado o pensionista (anteriormente ha trabajado)	2	Pasa a P72 y P73
Jubilado o pensionista (anteriormente no ha trabajado, sus labores)	3	Pasa a P74
Desempleado y busca su primer empleo	4	Pasa a P74
Desempleado, ha trabajado antes	5	Pasa a P72 y P73
Estudiante	6	Pasa a P74
Ama de casa	7	Pasa a P74
Otra situaciones	8	Pasa a P74
NC	9	Pasa a P74

P72. ¿Y cuál es su actual o última ocupación u oficio? Es decir, ¿en qué consiste o consistía específicamente su trabajo?

(ENTREVISTADOR/A: PRECISAR LO MÁS POSIBLE, POR EJEMPLO: MECÁNICO DE COCHES, PEÓN DE LA CONSTRUCCIÓN, ETC.)

P73. ¿Y Vd. trabaja o trabajaba como?

Asalariado fijo	1
Asalariado eventual o interino	2
Empresario o profesional con asalariados	3
Autónomo o profesional sin asalariados	4
Ayuda familiar (en la empresa o negociofamiliar) o sin remuneración reglamentada	5
Miembro de una cooperativa	6
Otras situaciones	7
NS	8
NC	9

A todos

P74. ¿Es Vd. el cabeza de familia?

- Sí1 Pasa a **P78**
 No2 Pasa a **P75**
 NC9 Pasa a **P78**

Sólo para los que no son cabeza de familia

P75. ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra el cabeza de familia?

- Trabaja1 Pasa a **P76 y P77**
 Jubilado o pensionista (anteriormente ha trabajado)2 Pasa a **P76 y P77**
 Jubilado o pensionista(anteriormente no ha trabajado, sus labores)3 Pasa a **P78**
 Desempleado y busca su primer empleo4 Pasa a **P78**
 Desempleado, ha trabajado antes5 Pasa a **P76 y P77**
 Estudiante6 Pasa a **P78**
 Ama de casa7 Pasa a **P78**
 Otra situaciones8 Pasa a **P78**
 NC9 Pasa a **P78**

P76. ¿Y cuál es su actual o última ocupación u oficio del cabeza de familia?

Es decir, ¿en qué consiste o consistía específicamente su trabajo?

(ENTREVISTADOR/A: PRECISAR LO MÁS POSIBLE, POR EJEMPLO: MECÁNICO DE COCHES, PEÓN DE LA CONSTRUCCIÓN, ETC.)

P77. ¿Y el cabeza de familia trabaja o trabajaba como?

- Asalariado fijo1
 Asalariado eventual o interino2
 Empresario o profesional con asalariados3
 Autónomo o profesional sin asalariados4
 Ayuda familiar (en la empresa o negocio familiar) o sin remuneración reglamentada5
 Miembro de una cooperativa6
 Otras situaciones7
 NS8
 NC9

P78. ¿Podría decirme, por último, cuáles son los ingresos netos que entran al mes en su hogar, incluyendo todos los conceptos?

- Menos de 50.0001
 Entre 50.000 y 100.0002
 Entre 100.000 y 150.0003
 Entre 150.000 y 200.0004
 Entre 200.000 y 250.0005
 Entre 250.000 y 300.0006
 Entre 300.000 y 350.0007
 Entre 350.000 y 400.0008
 Entre 400.000 y 450.0009
 Entre 450.000 y 500.00010
 Más de 500.00011
 NS88
 NC99

P79. ¿Le importaría darme su número de teléfono?

(ENTREVISTADOR/A: EXPLICAR QUE PUEDEN LLAMARLE PARA COMPROBAR QUE SE HA REALIZADO LA ENTREVISTA)

- Tiene teléfono y da número1
 No tiene teléfono2
 Tiene teléfono pero no quiere dar el número3

Nº de teléfono _____ / _____

P80. Le agradecería que me diera algún dato personal (nombre) para inspeccionar la realización de la entrevista.

Nombre: _____

Otro dato: _____

A rellenar por el entrevistador/a

E1. Tipo de barrio

Zona residencial de clase alta	.8
Zona residencial nivel medio	.7
Barrio antiguo en buenas condiciones	.6
Barriada obrera en buenas condiciones	.5
Barrio antiguo deteriorado	.4
Barriada obrera deteriorada	.3
Suburbio, zona marginal	.2
Viviendas diseminadas o zona rural	.1
NS	.9

E2. Desarrollo de la entrevista

Muy bueno	.5
Bueno	.4
Regular	.3
Malo	.2
Muy malo	.1

E3. Sinceridad del entrevistado

Muy buena	.5
Buena	.4
Regular	.3
Mala	.2
Muy mala	.1

E4. Número de orden de la entrevista en la ruta:

E5. Contactos hasta realizar esta entrevista

Nº de viviendas en las que no había nadie _____
 Nº de personas que no abren la puerta
 o se niegan a hacer la entrevista _____
 Nº de personas que no cumplen la cuota _____
 Nº de personas que empiezan pero no finalizan la entrevista _____

E6. Fecha de realización:

Día _____ Mes _____

E7. Duración de la entrevista en minutos: _____

E8. Día de la semana:

Lunes	.1
Martes	.2
Miércoles	.3
Jueves	.4
Viernes	.5
Sábado	.6
Domingo	.7

E9. Hora de realización

Mañana (antes de las 12)	.1
Mediodía (entre 12 y 3)	.2
Tarde (entre 3 y 8)	.3
Noche (después de las 8)	.4

E10. Dirección de entrevista realizada:

C/ _____ Nº _____ Piso _____
 Localidad _____ Provincia _____
 Nombre del entrevistador/a: _____

A rellenar en codificación

C1. Control de campo

Entrevista no inspeccionada	.1
Inspección telefónica	.2
Inspección personal	.3
Inspección telefónica y personal	.4

C2. Resultado inspección

Válido	.1
Completada	.2
Anulada	.3

C3. Resultado codificación

Válido	.1
Corregido	.2
Anulado	.3

C4. Motivos corrección o anulación

C4.1. _____ C4.2. _____ C4.3. _____

C5. Valoración cumplimentación cuestionario

Ficha técnica de la Encuesta de Satisfacción Usuarios de Atención Primaria (1999)

Población objeto de estudio: usuarios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud (personas que han utilizado alguna prestación en consultorios o centros de salud del SAS).

Procedimiento de muestreo: estratificado por distritos, con afijación uniforme de 400 entrevistas por distrito. Selección de la unidad de muestreo dentro de cada distrito en tres etapas.

Primera etapa: selección de al menos la mitad de zonas básicas de salud de cada distrito, con probabilidad proporcional al número estimado de visitas que recibe, y realizándose dentro de cada zona un número de entrevistas proporcional a dicho número.

Segunda etapa: selección de centros de salud y consultorios dentro de cada zona básica de salud con probabilidad proporcional al número estimado de visitas que recibe, y un número de entrevistas en cada uno de 12. Aquellos centros cuya probabilidad de selección es mayor que 1 son elegidos con seguridad, realizándose en ellos el número de entrevistas que les corresponda de acuerdo a su número estimado de visitas.

Tercera etapa: elección de individuos en cada centro seleccionado cubriendo cuotas de sexo y edad, según una distribución proporcional al perfil típico de usuario de atención primaria (Bellón Saameño, J. A. y otros: Influencia de la edad y sexo sobre los distintos tipos de utilización en atención primaria. Gaceta Sanitaria / Noviembre-Diciembre 1995, nº 51, vol. 9), ajustado a la distribución poblacional de las áreas de referencia de los centros reflejada en el Padrón Municipal de 1996.

Tamaño de la muestra: 13.992 entrevistas.

Margen de error absoluto máximo aproximado: $\pm 1\%$, para un nivel de confianza del 95%.

Número de puntos muestrales: 460 centros.

Sistema de entrevistas: presencial, a la salida de las consultas (en usuarios menores de 16 años, realización de la entrevista a la persona acompañante).

Fecha de realización del trabajo de campo: junio y julio de 1999.

Trabajo de campo: realizado por la red de campo del IESA.

Encuesta de Satisfacción Centros de Atención Primaria

La información obtenida en esta encuesta está protegida por la ley 12/89 que regula el secreto estadístico para las administraciones públicas, no pudiéndose tratar ni difundir más que de forma numérica y agregada para garantizar el anonimato de los entrevistados.

Buenos días/tardes: El IESA está llevando a cabo un estudio para el Servicio Andaluz de Salud sobre la opinión que tienen los ciudadanos con los servicios de Atención Primaria. Para ello se están realizando entrevistas a personas seleccionadas al azar, que hayan ido a visitar un consultorio o centro de salud. La entrevista es completamente anónima y el centro no tendrá ningún conocimiento sobre sus respuestas. Por tanto, siéntase libre para responder lo que Vd. piense.

ETIQUETA:	DISTRITO:	<input type="text"/>	Nº CUESTIONARIO	<input type="text"/>
	PROVINCIA	<input type="text"/>		
	CENTRO	<input type="text"/>		
	TAMAÑO DE HÁBITAT	<input type="text"/>		
	ZBS	<input type="text"/>		
	TIPO DE CENTRO	<input type="text"/>	RECONVERTIDO	<input type="text"/>

P1. En este momento viene Vd. de visitar a:

Médico de cabecera (adultos)1
 Pediatra (niños)2
 ATS o Enfermero/a3

Otro. Indique cuál _____

P2. ¿Cómo se encuentra Vd. de satisfecho/a con el servicio que recibe en este centro?

Muy satisfecho5
 Satisfecho4
 Ni satisfecho ni insatisfecho3
 Insatisfecho2
 Muy insatisfecho1
 NS8
 NC9

P3. ¿Alguna vez ha tenido que hablar por teléfono con el centro?

Sí1 —> pasa a **P4**
 No2 —> pasa a **P5**
 NS/NR8 —> pasa a **P5**
 NC9 —> pasa a **P5**

P4. ¿Cómo de fácil le resulta hablar por teléfono con el centro cuando lo necesita?

Muy fácil5
 Fácil4
 Ni fácil ni difícil3
 Difícil2
 Muy difícil1
 NS/NR8
 NC9

P5. ¿Cómo de fácil le resulta resolver los asuntos de trámites y de papeles en este centro?

Muy fácil5
 Fácil4
 Ni fácil ni difícil3
 Difícil2
 Muy difícil1
 NS8
 NC9

P6. ¿Qué opinión tiene Vd. sobre el tiempo que tiene que esperar desde que llega para que le atiendan hasta que entra en la consulta?

Muy poco5
 Poco4
 Ni mucho ni poco3
 Bastante2
 Mucho1
 NS8
 NC9

P7. ¿Cómo valora la comodidad del edificio y de las instalaciones del centro?

Muy bien5
 Bien4
 Ni bien ni mal3
 Mal2
 Muy mal1
 NS8
 NC9

P8. ¿En qué medida cree que las personas que trabajan en el centro están identificadas correctamente (uniformes, tarjetas de identificación, etc.) para saber qué tipo de profesionales son?

Muy bien5
 Bien4
 Ni bien ni mal3
 Mal2
 Muy mal1
 NS8
 NC9

P9. Y a Vd. en particular, ¿cómo de fácil le resulta identificar a los distintos profesionales?

Muy fácil5
 Fácil4
 Ni fácil ni difícil3
 Difícil2
 Muy difícil1
 NS8
 NC9

P10. ¿Cómo está Vd. de satisfecho con el tiempo que le dedica su médico de cabecera?

Muy satisfecho5
 Satisfecho4
 Ni satisfecho ni insatisfecho3
 Insatisfecho2
 Muy insatisfecho1
 NS8
 NC9

P11. ¿Cómo de adecuados resultan para Vd. los horarios de atención del centro?

Muy adecuados5
 Adecuados4
 Ni adecuados ni inadecuados3
 Inadecuados2
 Muy inadecuados1
 NS8
 NC9

P12. ¿Cómo entiende Vd. la información que le da su médico?

Muy bien5
 Bien4
 Ni bien ni mal3
 Mal2
 Muy mal1
 NS8
 NC9

P13. ¿Alguna vez ha sido Vd. atendido por un ATS o enfermero/a en este centro?

Sí1 —> pasa a **P14**
 No2 —> pasa a **P15**
 NS/NR8 —> pasa a **P15**
 NC9 —> pasa a **P15**

P14. En ese caso, ¿cómo entiende la información que le da el ATS o enfermero/a?

Muy bien5
 Bien4
 Ni bien ni mal3
 Mal2
 Muy mal1
 NS8
 NC9

P15. ¿Qué grado de confianza tiene Vd. en la asistencia que le prestan en su Centro de Salud?

Mucha5
 Bastante4
 Ni mucha ni poca3
 Poca2
 Ninguna1
 NS8
 NC9

P16. ¿Alguna vez ha sido atendido por un médico de este centro en su domicilio?Sí1 —> pasa a **P17**No2 —> pasa a **P18**NS/NR8 —> pasa a **P18**NC9 —> pasa a **P18****P17. ¿Cómo se encuentra de satisfecho con la atención del médico en su domicilio?**

Muy satisfecho5

Satisfecho4

Ni satisfecho ni insatisfecho3

Insatisfecho2

Muy insatisfecho1

NS8

NC9

P18. ¿Alguna vez ha sido atendido por un ATS o enfermero/a de este centro en su domicilio?Sí1 —> pasa a **P19**No2 —> pasa a **P20**NS/NR8 —> pasa a **P20**NC9 —> pasa a **P20****P19. ¿Cómo se encuentra Vd. de satisfecho con la atención del ATS o enfermera/o en su domicilio?**

Muy satisfecho5

Satisfecho4

Ni satisfecho ni insatisfecho3

Insatisfecho2

Muy insatisfecho1

NS8

NC9

P20. ¿Cómo considera Vd. que está organizado este Centro de Salud en general?

Muy bien5

Bien4

Ni bien ni mal3

Mal2

Muy mal1

NS8

NC9

P21. ¿Cómo cree Vd. que se respeta la confidencialidad o que se mantienen en secreto sus datos clínicos?

Muy bien5

Bien4

Ni bien ni mal3

Mal2

Muy mal1

NS8

NC9

P22. ¿Cómo valora Vd. el respeto con el que se le trata en el Centro de Salud?

Muy bien5

Bien4

Ni bien ni mal3

Mal2

Muy mal1

NS8

NC9

P23. ¿Cómo valora Vd. la disponibilidad del personal del centro para escucharle cuando lo necesita?

Muy bien5

Bien4

Ni bien ni mal3

Mal2

Muy mal1

NS8

NC9

P24. A continuación nos gustaría que nos diese su opinión sobre el personal que le ha atendido. Por favor, díganos cómo valora Vd. en general a los siguientes profesionales del centro.

	MUY BIEN	BIEN	NI BIEN NI MAL	MAL	MUY MAL	NO PROCEDE (NO LE HAN ATENDIDO)	NS	NC
P24.1. Médicos de cabecera	5	4	3	2	1	7	8	9
P24.2. Pediatras	5	4	3	2	1	7	8	9
P24.3. ATS ó Enfermeros/as	5	4	3	2	1	7	8	9
P24.4. Auxiliares administrativo.	5	4	3	2	1	7	8	9
P24.5. Celadores	5	4	3	2	1	7	8	9

P25. Y refiriéndonos a los mismos profesionales, díganos cómo valora Vd. su amabilidad en el trato con los pacientes.

	MUY BIEN	BIEN	NI BIEN NI MAL	MAL	MUY MAL	NO PROCEDE (NO LE HAN ATENDIDO)	NS	NC
25.1. Médicos de cabecera	5	4	3	2	1	7	8	9
P25.2. Pediatras	5	4	3	2	1	7	8	9
P25.3. ATS ó Enfermeros/as	5	4	3	2	1	7	8	9
P25.4. Auxiliares administrativo	5	4	3	2	1	7	8	9
P25.5. Celadores	5	4	3	2	1	7	8	9

P26. ¿Cómo considera Vd. la información que le dan sobre los tratamientos que le ponen?

Muy bien	5
Bien	4
Ni bien ni mal	3
Mal	2
Muy mal	1
NS	8
NC	9

P27. ¿Hasta qué punto le permiten a Vd. dar su opinión sobre los tratamientos que le ponen?

Mucho	5
Bastante	4
Ni mucho ni poco	3
Poco	2
Muy poco	1
No considero necesario dar mi opinión	6
NS	8
NC	9

P28. Habitualmente, ¿que procedimiento utiliza Vd. para pedir cita en el centro?

Por teléfono	1
Acudiendo al centro personalmente ..	2
NS	8
NC	9

P29 ¿De cuál de las siguientes formas ha obtenido Vd. la visita para esta consulta?

Le han dado cita con día y hora	1—>pasa a P30
Ha tenido que recoger un número de turno en el centro ..	2—>pasa a P35
Le han atendido sin cita previa ni número de turno	3—>pasa a P38
NC	9—>pasa a P38

Sólo para los que tienen cita con día y hora

P30. En esta consulta, ¿cómo ha obtenido Vd. la cita?

Por teléfono	1
Acudiendo al centro personalmente	2
NS/NR	8
NC	9

P31. ¿Cuándo ha pedido Vd. la cita?

El mismo día	1
El día anterior	2
Dos días antes	3
Tres o más días antes	4
NS/NR	8
NC	9

P32. ¿Le han dado cita para el día que Vd. quería?

Sí	1
No	2
NC	9

P33 ¿Le han recibido el mismo día que le han citado?

Sí	1
No	2
NC	9

P34. ¿Cuánto tiempo aproximadamente ha tenido que esperar desde la hora en que le citaron hasta que ha entrado en la consulta?

Minutos — 998. NS/NR 999. NC **Pasa a P38**

Sólo para los que hacen la visita con número

P35. Cuando ha ido a recoger número, ¿se lo han dado para el día que Vd. quería?

Sí1
No2
NC9

P36. ¿Le han atendido el mismo día para el que le han dado el número?

Sí1
No2
NC9

P37. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo ha tenido que esperar desde que Vd. llegó para que le atendieran hasta que ha entrado en la consulta?

minutos — 998.NS/NR 999. NC **Sigue en P38**

P38. ¿Ha solicitado Vd. alguna vez cambiar de médico de cabecera?

Sí1 —> pasa a **P39**
No2 —> pasa a **P40**
NS/NR8 —> pasa a **P40**
NC9 —> pasa a **P40**

P39. ¿Cómo de fácil le resultó cambiar de médico de cabecera?

Muy difícil5
Difícil4
Ni fácil ni difícil3
Fácil2
Muy fácil1
NS/NR8
NC9

P40. ¿Qué mejoraría en primer lugar de su centro de salud? (por favor, diga sólo el aspecto más importante para Vd.)

0. Nada 98. NS 99. NC

P41. ¿Cree que hay alguna prestación o servicio importante que no se esté dando en su centro de salud?(Recuerde que no nos referimos a mejoras en el centro, sino a algún tipo atención sanitaria en concreto)

Sí1 —> pasa a **P42**
No2 —> pasa a **P43**
NS8 —> pasa a **P43**
NC9 —> pasa a **P43**

P42. Por favor, cite alguno:

P42. 1. _____
P42. 2. _____
P42. 3. _____

P43. ¿Recomendaría Vd. a un familiar o amigo este centro de salud?

Sí1
No2
NS8
NC9

P44. ¿Recomendaría Vd. a un familiar o amigo a su médico de cabecera?

Sí1
No2
NS8
NC9

P45. Por favor, díganos si en el último año Vd. ha utilizado alguno de los siguientes servicios:

	Si	No	NP	NS	NC
P45.1. Atención a domicilio por enfermedad grave o inmovilidad	1	2	7	8	9
P45.2. Atención en el centro por enfermedad crónica (ej. diabetes)	1	2	7	8	9
P45.3. Vacunación infantil	1	2	7	8	9
P45.4. Seguimiento de salud infantil	1	2	7	8	9

P46. ¿Y en el último año, aproximadamente, cuántas veces ha venido Vd. al centro de salud?

— veces 998. NS/NR 999. NC

P47. ¿Ha necesitado alguna vez ir a un médico especialista del SAS?

(RECUERDE QUE NO NOS REFERIMOS A MÉDICOS PRIVADOS, SINO SÓLO DEL SAS)

S\N1 —> pasa a **P48**No2 —> **pasa a DATOS DE CLJ259****ICACIÓN (CL_1)**NS/NR8 —> **pasa a DATOS DE CLASIFICACIÓN (CL_1)**NC9 —> **pasa a DATOS DE CLASIFICACIÓN (CL_1)****P48. ¿Cómo valora Vd. la coordinación entre su médico de cabecera y el médico especialista?**

Muy bien5

Bien4

Ni bien ni mal3

Mal2

Muy mal1

NS8

NC9

P49. ¿Le han informado en su centro de salud de que Vd. podía elegir médico especialista?

Sí1

No2

NS8

NC9

P50. Habitualmente, cuando Vd. tiene que ir a un especialista, ¿le consiguen la cita desde el centro de salud?

Sí1

No2

NS8

NC9

P51. ¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que Vd. fue a un médico especialista del SAS?

Menos de 6 meses1

Entre 6 meses y 1 año2

Entre 1 y 2 años3

Más de 2 años4

NS/NR5

NC6

Datos de clasificación**CL1. Sexo entrevistado:**

Hombre1

Mujer2

CL2. Edad del entrevistado: _____años 99.NC**CL2.b Edad paciente:** _____años 99.NC

(SÓLO PEDIATRÍA)

CL3. Estado civil

Soltero1

Casado2

Conviviendo en pareja3

Divorciado4

Viudo5

NC9

CL4. ¿Tiene Vd. hijos menores de 14 años conviviendo con Vd.?Sí1 —> **CL5 ¿Cuántos?** _____

No2

NC9

CL6. Nº de personas residiendo en el hogar contando a Vd. _____**CL7. Por favor, indique el Nº de personas que viven habitualmente en su hogar de las siguientes edades:**

(NOTA: LA SUMA DE CL7 TIENE QUE SER IGUAL A CL6)

CL7.1 Menores de 7 años _____ (0: ninguno 99.No contesta)

CL7.2 Entre 7 y 14 años _____

CL7.3 Entre 15 y 45 años _____

CL7.4 Entre 46 y 64 años _____

CL7.5. 65 o más años _____

CL8. Nivel de estudios:

No sabe leer ni escribir	1
No ha ido a la escuela, pero sabe leer y escribir	2
Primarios sin finalizar	3
Primarios completos (Graduado Escolar)	4
Formación Profesional	5
Bachillerato	6
Universitarios medios (diplomado, ing. técnico)	7
Universitarios superiores (licenciado, Ingeniero superior, doctorado)	8
Otros estudios no reglados	9
NC	99

CL9. ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra Vd.?

Trabaja	1	pasa a	CL10
Jubilado o pensionista (anteriormente ha trabajado)	2	pasa a	CL10
Jubilado o pensionista (anteriormente no ha trabajado, sus labores)	3	pasa a	CL10
Desempleado y busca su primer empleo	4	pasa a	CL11
Desempleado, ha trabajado antes	5	pasa a	CL10
Estudiante	6	pasa a	CL11
Ama de casa	7	pasa a	CL11
Otra situaciones	8	pasa a	CL11
NC	9	pasa a	CL11

CL10 ¿Cuál es o era su ultima ocupación u oficio?

(ENTREVISTADOR/A PRECISAR LO MAS POSIBLE)

CL11 ¿Podría decirme, por último, cuáles son los ingresos netos que entran al mes en su hogar, incluyendo todos los conceptos?

Menos de 50.000	1
Entre 50.000 y 100.000	2
Entre 100.000 y 150.000	3
Entre 150.000 y 200.000	4
Entre 200.000 y 250.000	5
Entre 250.000 y 300.000	6
Entre 300.000 y 350.000	7
Entre 350.000 y 400.000	8
Entre 400.000 y 450.000	9
Entre 450.000 y 500.000	10
Más de 500.000	11
NS	98
NC	99

CL12. Mucha gente cuando piensa o habla de política utiliza los términos “izquierda” y “derecha”. En esta ficha hay una serie de números que van de izquierda a derecha. ¿Pensando en sus opiniones políticas, en cuál se situaría Vd.? (MOSTRAR TARJETA 2)

EXTREMA IZQUIERDA										EXTREMA DERECHA										NS	NC
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	98	99									

CL13. ¿Le importaría darme su número de teléfono?

(ENTREVISTADOR/A: EXPLICAR QUE PUEDEN LLAMARLE PARA COMPROBAR QUE SE HA REALIZADO LA ENTREVISTA)

Tiene teléfono y da número1
No tiene teléfono2
Tiene teléfono pero no da número3

CL14 Le agradecería que me diera algún dato personal (nombre) para inspeccionar la realización de la entrevista

Nombre _____

Otro dato _____

CL15. Dirección de entrevistado/a:

C/ _____ Nº _____ Piso _____
Localidad _____ Provincia _____
Nombre del entrevistador/a: _____

A rellenar por el entrevistador/a

ENT_1. Tiempo de duración de la entrevista _____ minutos

ENT_2. Hora de realización de entrevista

De 8 a 12h1

De 12 a 3h2

De 3 a 6h3

De 6 a 9h4

ENT_3. Día de la semana

Lunes1

Martes2

Miércoles3

Jueves4

Viernes5

ENT_4. Número de intentos hasta conseguir esta entrevista _____

ENT_5. ¿Cómo fue la disponibilidad del entrevistado a contestar?

Muy mala1

Mala2

Buena3

Muy buena4

ENT_6. Según Vd., ¿qué grado de interés mostró el entrevistado en lo que se le preguntaba?

Ninguno1

Poco2

Bastante3

Mucho4

ENT_7. Según Vd., ¿qué grado de sinceridad tuvo el entrevistado en sus respuestas?

Ninguno1

Poco2

Bastante3

Mucho4

A rellenar en codificación

C1. Control de campo

Entrevista no inspeccionada1

Inspección telefónica2

Inspección personal3

Inspección telefónica y personal4

→ **C2. Resultado inspección**

Válido1

Completada2

Anulada3

C3. Resultado codificación

Válido1

Corregido2

Anulado3

→ **C4. Motivos corrección o anulación**

C4.1. _____ C4.2. _____ C4.3. _____

C5. Valoración cumplimentación cuestionario

Ficha técnica de la Encuesta de Satisfacción Usuarios de los servicios de Atención Hospitalaria

Población objeto de estudio: usuarios con ingreso en hospitales de SAS que hayan causado alta entre el 1 de octubre y el 30 de noviembre de 1998.

Procedimiento de muestreo: muestreo estratificado por hospitales, con afijación uniforme de 400 entrevistas por hospital. Selección del usuario dentro de cada hospital por muestreo aleatorio simple a partir de las bases de datos de usuarios de los hospitales.

Tamaño de la muestra: 12.000 entrevistas.

Margen de error absoluto máximo aproximado: $\pm 1\%$, para un nivel de confianza del 95%.

Sistema de entrevista: telefónica, asistida por ordenador en sistema CATI– Bellview. (En usuarios menores de 16 años, fallecidos o con problemas de salud para contestar, realización de la entrevista a la persona acompañante más cercana durante la hospitalización).

Fecha de realización del trabajo de campo: octubre de 1999.

Trabajo de campo: realizado por Random S.A. bajo la supervisión de los responsables del estudio de IESA.

Encuesta de Satisfacción Usuarios de los servicios de Atención Hospitalaria

La información obtenida en esta encuesta está protegida por la ley 12/89 que regula el secreto estadístico para las administraciones públicas, no pudiéndose tratar ni difundir más que de forma numérica y agregada para garantizar el anonimato de los entrevistados.

Buenos días/tardes: El IESA está llevando a cabo un estudio para el Servicio Andaluz de Salud sobre la opinión que tienen los ciudadanos con los servicios de Atención Hospitalaria. Para ello se están realizando entrevistas a personas seleccionadas al azar, que hayan estado ingresadas en uno de los hospitales del SAS. La entrevista es completamente anónima y en ningún caso se divulgará el contenido de sus respuestas.

Sección I: Identificación entrevistado

Código del Hospital Código del registro en la base de datos

I1. Esta entrevista se dirige a D/Dña. (persona que ha estado hospitalizada). ¿Puede esta persona responder a la entrevista?

Sí1——> pasa a **P1** (Sección II: Valoración de Hospital)
No2——> pasa a **I_2**

I2. ¿Por qué no contesta la persona que ha estado hospitalizada?

Menor de 16 años1
Problema de salud2
Fallecimiento3

I3. ¿Qué grado de implicación ha tenido Ud. (el entrevistado) en el cuidado de la persona hospitalizada?

Principalmente lo ha cuidado Ud.1
Lo ha cuidado Ud., junto con otros familiares2
Principalmente lo han cuidado otros familiares3 (Entrevista no válida)
NC4 (Entrevista no válida)

I4. ¿Qué relación tiene (el entrevistado) con la persona hospitalizada?

Cónyuge1
Padre o madre2
Hijo/a3
Hermano/a4
Otro familiar5
No familiar6

Para todos

SÓLO SI LA INFORMACIÓN NO SE CONTIENE EN LA BASE DE DATOS

I_5. ¿En qué tipo de servicio del hospital estuvo ingresado? (la persona hospitalizada) _____

I_6. ¿Recuerda aproximadamente cuantos días estuvo ingresado? (la persona hospitalizada) _____ días

Sección II: Valoración del hospital

P1. ¿Cómo se encuentra de satisfecho/a con la atención sanitaria que ha recibido en el hospital en el que (Ud. o el paciente) estuvo ingresado?

Muy insatisfecho1
Insatisfecho2
Ni satisfecho ni insatisfecho3
Satisfecho4
Muy satisfecho5
NS6
NC7

P2. ¿Qué opinión tiene ud. sobre el horario de visitas del hospital?

Muy inadecuado	1
Inadecuado	2
Ni adecuado ni inadecuado	3
Adecuado	4
Muy adecuado	5
NS	6
NC	7

P3. ¿Cómo valora Ud. la comodidad de las habitaciones del hospital?

Muy mal	1
Mal	2
Ni bien ni mal	3
Bien	4
Muy bien	5
NS	6
NC	7

P4. ¿Cómo de fácil le resultó resolver los asuntos de trámites y de papeles relacionados con su estancia en el hospital?

Muy difícil	1
Difícil	2
Ni fácil ni difícil	3
Fácil	4
Muy fácil	5
NS/NR	6
NC	7

P5. ¿Cómo valora la comodidad del edificio y de las instalaciones del centro en general?

(NOS REFERIMOS AL CONJUNTO DEL HOSPITAL, NO A LAS HABITACIONES)

Muy mal	1
Mal	2
Ni bien ni mal	3
Bien	4
Muy bien	5
NS	6
NC	7

P6. ¿Hasta qué punto cree Ud. que el interior del hospital estaba correctamente señalizado? (nos referimos a la señalización a través de carteles o indicadores para poder orientarse dentro del hospital o saber cómo encontrar las distintas dependencias o instalaciones)?

Muy mal	1
Mal	2
Ni bien ni mal	3
Bien	4
Muy bien	5
NS	6
NC	7

P7. Y a Ud. en particular, ¿cómo de fácil le resultaba orientarse en el hospital o encontrar los distintos lugares a los que quería ir?

Muy difícil	1
Difícil	2
Ni fácil ni difícil	3
Fácil	4
Muy fácil	5
NS/NR	6
NC	7

P8. ¿Cómo valora la calidad de la comida?

Muy mal	1
Mal	2
Ni bien ni mal	3
Bien	4
Muy bien	5
NS	6
NC	7

P9. ¿Cómo valora la limpieza del hospital?

Muy mal	1
Mal	2
Ni bien ni mal	3
Bien	4
Muy bien	5
NS	6
NC	7

P10. Cuando (la persona hospitalizada) tenía que ponerse en contacto con el exterior o llamar a alguien fuera del hospital, ¿qué sistema utilizaba normalmente?

Un teléfono móvil	1
El teléfono de la habitación	2
Un teléfono del hospital, fuera de la habitación	3
A través de un familiar	4
A través del personal del hospital	5
Normalmente no necesitaba ponerse en contacto con el exterior	6
Otro. Indique cuál	7

P11. En cualquier caso, ¿cómo de fácil le resultaba ponerse en contacto con el exterior?

Muy difícil	1
Difícil	2
Ni fácil ni difícil	3
Fácil	4
Muy fácil	5
NS/NR	6
NC	7

P12. ¿Cómo entendió Ud. la información que le dieron los médicos?

Muy mal1
 Mal2
 Ni bien ni mal3
 Bien4
 Muy bien5
 NS6
 NC7

P13. ¿Cómo entendió la información que dieron los ATS o enfermeros/as?

Muy mal1
 Mal2
 Ni bien ni mal3
 Bien4
 Muy bien5
 NS6
 NC7

P14. ¿Qué grado de confianza tiene Ud. en la asistencia que le han prestado en este hospital?

Ninguna1
 Poca2
 Ni mucha ni poca3
 Bastante4
 Mucha5
 NS6
 NC7

P15. ¿En qué medida cree que las personas que trabajan en el centro estaban identificadas correctamente (uniformes, tarjetas de identificación, etc.) para saber qué tipo de profesionales eran?

Muy mal1
 Mal2
 Ni bien ni mal3
 Bien4
 Muy bien5
 NS6
 NC7

P16. Y a Ud. en particular, ¿cómo de fácil le resultaba identificar a los distintos profesionales?

Muy difícil1
 Difícil2
 Ni fácil ni difícil3
 Fácil4
 Muy fácil5
 NS6
 NC7

P17. ¿Cómo cree Ud. que se ha respetado la confidencialidad o que se han mantenido en secreto los datos clínicos (de la persona hospitalizada)?

Muy mal1
 Mal2
 Ni bien ni mal3
 Bien4
 Muy bien5
 NS6
 NC7

P18. ¿Cómo valora Ud. el respeto con el que se ha tratado (a la persona hospitalizada) en el hospital?

Muy mal1
 Mal2
 Ni bien ni mal3
 Bien4
 Muy bien5
 NS6
 NC7

P19. ¿Qué grado de intimidad ha tenido (la persona hospitalizada) cuando estaba ingresado/a en el hospital?

(NOS REFERIMOS A LA PRIVACIDAD QUE PODÍA MANTENER DURANTE SU ESTANCIA EN EL HOSPITAL)

Ninguna1
 Poca2
 Ni mucha ni poca3
 Bastante4
 Mucha5
 NS6
 NC7

P20. ¿Cómo valora Ud. la disposición del personal del hospital para escucharle cuando lo ha necesitado?

Muy mal1
 Mal2
 Ni bien ni mal3
 Bien4
 Muy bien5
 NS6
 NC7

P21. A continuación nos gustaría que nos diese su opinión sobre el personal que le ha atendido. Por favor, díganos cómo valora Ud. en general a los siguientes profesionales del hospital

	MUY MAL	MAL	NI BIEN NI MAL	BIEN	MUY BIEN	NO PROCEDE (NO LE HAN ATENDIDO)	NS	NC
Médicos	1	2	3	4	5	6	7	8
ATS o Enfermeros/as	1	2	3	4	5	6	7	8
Celadores	1	2	3	4	5	6	7	8
Personal administrativo	1	2	3	4	5	6	7	8

P22. Refiriéndonos a los mismos profesionales, díganos cómo valora Ud. su amabilidad en el trato con los pacientes.

	MUY MAL	MAL	NI BIEN NI MAL	BIEN	MUY BIEN	NO PROCEDE (NO LE HAN ATENDIDO)	NS	NC
Médicos	1	2	3	4	5	6	7	8
ATS o Enfermeros/as	1	2	3	4	5	6	7	8
Celadores	1	2	3	4	5	6	7	8
Personal administrativo	1	2	3	4	5	6	7	8

P23. Durante su estancia en el hospital, ¿le pusieron (a la persona hospitalizada) algún tratamiento, nos referimos a medicamentos, dietas o cualquier instrucción o recomendación realizada por el/los médico/s?

Sí1—> pasa a **P24**
 No2—> pasa a **P25**
 NS/NR3—> pasa a **P25**
 NC4—> pasa a **P25**

P24. ¿Cómo considera Ud. la información que le dieron sobre el tratamiento que le pusieron (a la persona hospitalizada)?

Muy mal1
 Mal2
 Ni bien ni mal3
 Bien4
 Muy bien5
 NS6
 NC7
 No le dieron información8

P24A. ¿Hasta qué punto le permitieron dar su opinión sobre los tratamientos que le pusieron (a la persona hospitalizada), en el Hospital?

Muy poco1
 Poco2
 Ni mucho ni poco3
 Bastante4
 Mucho5
 No consideró necesario dar su opinión6
 NS7
 NC8

P25. Durante su estancia en el hospital, ¿le hicieron alguna prueba médica (a la persona hospitalizada)?

Sí1—> pasa a **P26**
 No2—> pasa a **P28**
 NS/NR3—> pasa a **P28**
 NC4—> pasa a **P28**

P26. ¿Como considera la información que le dieron sobre las pruebas que le hicieron (a Ud. o la persona hospitalizada)?

Muy mal1
 Mal2
 Ni bien ni mal3
 Bien4
 Muy bien5
 NS6
 NC7
 No le dieron información8

P28. Durante la estancia en el hospital, ¿tuvieron que operarle? (a la persona hospitalizada)

Sí1—> pasa a **P29**
 No2—> pasa a **P31**
 NR3—> pasa a **P31**
 NC4—> pasa a **P31**

P29. ¿Le pidieron consentimiento por escrito antes de la operación quirúrgica?

(SI NO ERA POSIBLE PEDIRLO A LA PERSONA HOSPITALIZADA, SE REFIERE A ALGÚN FAMILIAR)

Sí1
 No2
 NS/NR3
 Nc4

P30. ¿Qué opinión tiene Ud. sobre el tiempo que se tardó desde el ingreso en el hospital hasta la operación?

Mucho1
 Bastante2
 Ni mucho ni poco3
 Poco4
 Muy poco5
 NS6
 NC7

P31. Cuando le dieron el alta en el hospital (a la persona hospitalizada), ¿le entregaron un informe para el médico de cabecera?

Sí1
 No2
 NS/NR3
 NC4
 No procede (fallecido en el Hospital)5

P32. ¿Qué mejoraría en primer lugar de este hospital? (por favor, piense sólo en el aspecto más importante para Ud.)

Nada100
 Ns101
 Nc102

P33. ¿Cree que hay alguna prestación o servicio importante que no se esté dando en este hospital?

(RECUERDE QUE NO NOS REFERIMOS A MEJORAS EN EL HOSPITAL, SINO A ALGÚN TIPO DE ATENCIÓN SANITARIA EN CONCRETO, POR EJEMPLO, PRUEBAS MÉDICAS, OPERACIONES, ETC)

Sí1 → pasa a **P34**
 No2 → pasa a **P35**
 NS3 → pasa a **P35**
 NC4 → pasa a **P35**

P34. Por favor, cite alguno:

1. _____
 2. _____
 3. _____

P35. ¿Recomendaría Ud. a un amigo o familiar o amigo este hospital?

Sí1
 No2
 NS3
 NC4

Sección III: Datos de clasificación

CL1. Sexo entrevistado:

Varón1
 Mujer2

CL2. Edad del entrevistado:

_____ años

Sólo si el entrevistado no es la persona hospitalizada

CL1_b. Sexo del paciente

Varón1
 Mujer2

CL2_b. Edad del paciente:

_____ años

CL3. Estado civil entrevistado

Soltero1
 Casado2
 Conviviendo en pareja3
 Divorciado4
 Viudo5
 NC6

CL4. Nivel de estudios entrevistado

No sabe leer ni escribir1
 Menos de primarios2
 Primarios completos3
 Formación Profesional4
 Bachillerato5
 Univ. medios6
 Univ. superiores7
 Otros no reglados8
 NC9

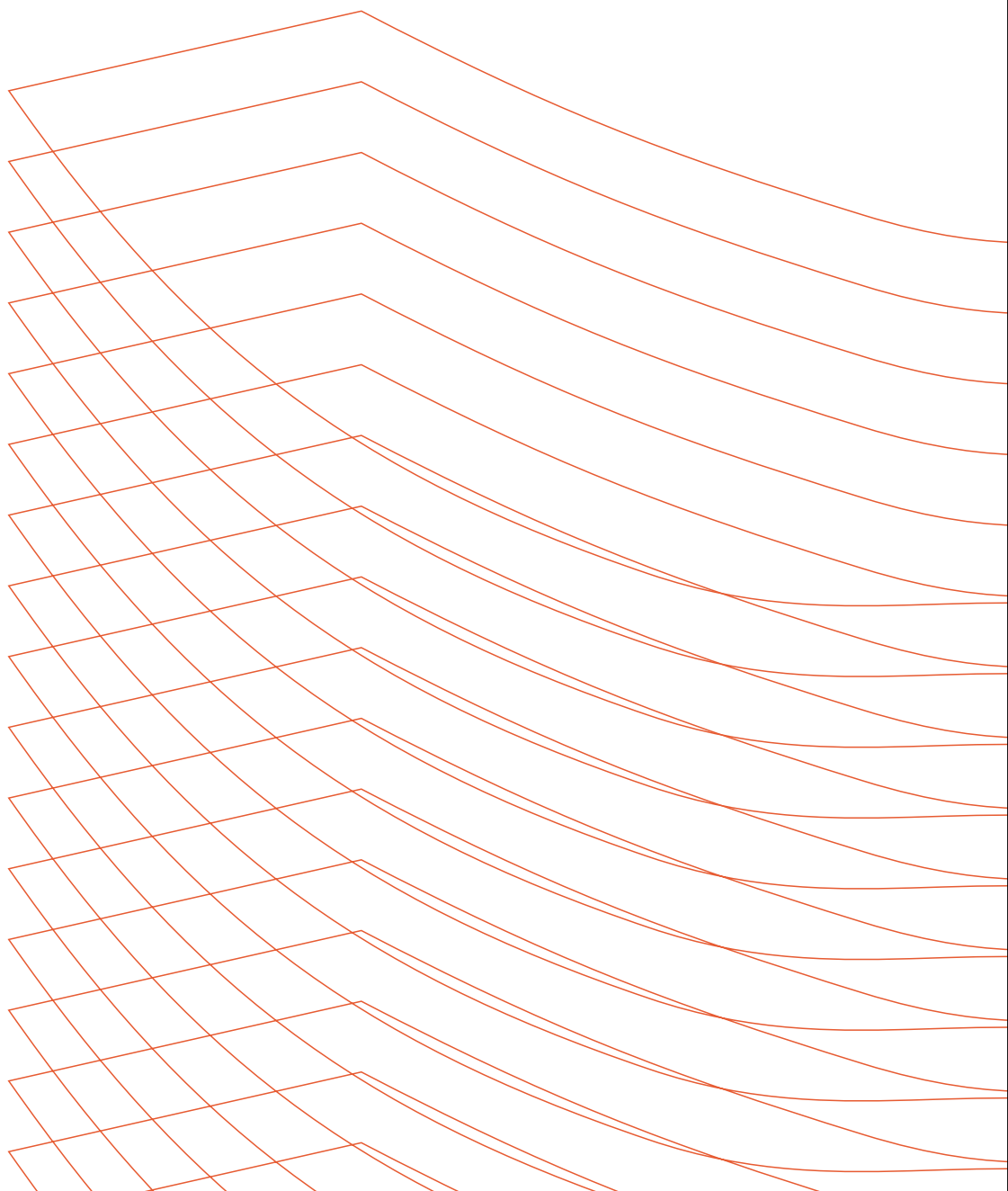
CL5. Situación laboral entrevistado

Trabajando1——> pasa a **CL6**
 Jubilado o pensionista
 (anteriormente ha trabajado)2——> pasa a **CL6**
 Jubilado o pensionista (anteriormente
 no ha trabajado, sus labores)3——> pasa a **CL7**
 Desempleado, busca primer empleo ...4——> pasa a **CL7**
 Desempleado, ha trabajado antes5——> pasa a **CL6**
 Estudiante6——> pasa a **CL7**
 Ama de casa7 “
 NC8 “
 Otros9 “

CL6 ¿Cuál es o era su última ocupación u oficio? _____

CL7. Por último, ¿le importaría decirnos los ingresos netos que entran en su cada cada mes incluyendo todos los conceptos?

Menos de 50.0001
 Entre 50.001 y 100.0002
 Entre 100.001 y 150.0003
 Entre 150.001 y 250.0004
 Entre 250.001 y 300.0005
 Entre 300.001 y 350.0006
 Entre 350.001 y 400.0007
 Entre 400.001 y 450.0008
 Entre 450.001 y 500.0009
 Más de 500.00010
 NS98
 NC99





Anexo 5

Instituciones encuestadas

Anexo 5.1 **Barómetro sanitario**

Anexo 5.2 **Encuestas de satisfacción**

Anexo 5.1 Barómetro sanitario

Las encuestas de opinión entre población general, con las especificaciones indicadas en el Anexo 4 (Fichas técnicas), se han realizado con arreglo a la siguiente distribución.

Barómetro Sanitario de Andalucía 1999 Relación de provincias y puntos muestrales

Provincias	Puntos muestrales
Almería	15
Cádiz	22
Córdoba	18
Granada	25
Huelva	15
Jaén	19
Málaga	23
Sevilla	25

Anexo 5.2 Encuestas de satisfacción (1999)

Las encuestas de satisfacción entre usuarios de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud se realizaron, con las especificaciones indicadas en el Anexo 4 (Fichas técnicas), con arreglo a la siguiente distribución.

Encuestas de satisfacción en Atención Primaria

Provincia	Distrito	Número de centros encuestados	Número de municipios encuestados
Almería	Almería–Centro	13	6
	Levante–Alto Almanzora	17	17
	Poniente–Roquetas	11	11
	Total Almería	41	34
Cádiz	Algeciras–La línea	13	4
	Bahía–Cádiz	11	8
	Jerez–Sanlúcar	11	7
	Sierra de Cádiz	11	11
	Total Cádiz	46	30
Córdoba	Córdoba	12	2
	Lucena–Cabra–Montilla	12	12
	Norte de Córdoba	11	11
	Palma del Río–Alto Guadalquivir	9	6
	Total Córdoba	44	31
Granada	Costa–Alpujarras	16	11
	Granada	17	12
	Guadix–Baza	19	16
	Loja–Santa Fe	17	13
	Total Granada	69	52
Huelva	Condado	12	10
	Huelva–Costa	16	12
	Sierra de Huelva–Andevalo Central	19	15
	Total Huelva	47	37
Jaén	Alcalá la Real–Martos	14	8
	Jaén	11	7
	Linares–Andújar	13	12
	Nordeste–Úbeda	16	15
	Total Jaén	54	42
Málaga	Antequera	15	10
	Axarquía	15	9
	Costa del Sol	9	5
	Guadalhorce–Ronda	14	13
	Málaga	11	1
	Total Málaga	64	38
Sevilla	Alcalá–Dos Hermanas–Utrera–Morón	13	10
	Aljarafe	14	14
	Camas	14	13
	Osuna–Écija	16	15
	Sevilla–Este–Sur	11	7
	Sevilla–Macarena–Carmona	11	6
	Sierra Norte	7	7
	Total Sevilla	86	72

Encuestas de satisfacción en Atención Hospitalaria

Hospital	Provincia	Tipo de hospital
Torrecaídas	Almería	Especialidades
La Inmaculada de Huerca-Overa	Almería	Comarcales (II)
Jerez de la Frontera	Cádiz	Especialidades
Puerta del Mar	Cádiz	Especialidades
U. Puerto Real	Cádiz	Especialidades
Punta Europa de Algeciras	Cádiz	Comarcales (I)
La Línea de la Concepción	Cádiz	Comarcales (II)
Reina Sofía	Córdoba	Regional
Infanta Margarita de Cabra	Córdoba	Comarcales (I)
Norte de Córdoba	Córdoba	Área Sanitaria
Virgen de las Nieves	Granada	Regional
U. San Cecilio	Granada	Especialidades
Baza	Granada	Comarcales (II)
Santa Ana de Motril	Granada	Comarcales (II)
Juan Ramón Jiménez	Huelva	Especialidades
Infanta Elena	Huelva	Comarcales (I)
Riotinto	Huelva	Comarcales (II)
Ciudad de Jaén	Jaén	Especialidades
San Juan de la Cruz de Úbeda	Jaén	Comarcales (I)
San Agustín de Linares	Jaén	Comarcales (I)
Princesa de España	Jaén	Comarcales (II)
Carlos Haya	Málaga	Regional
U. Virgen de la Victoria	Málaga	Especialidades
Serranía de Ronda	Málaga	Comarcales (II)
Vélez Málaga	Málaga	Comarcales (II)
Antequera	Málaga	Comarcales (II)
Virgen Macarena	Sevilla	Regional
Virgen del Rocío	Sevilla	Regional
U. Ntra. Sra. de Valme	Sevilla	Especialidades
Osuna	Sevilla	Área Sanitaria

Bibliografía consultada

Abril Martorell, F. (1991): 'Informe abril (informe y recomendaciones)'. Madrid, Comisión de Análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud.

Aguiar, J.F.; Pérez Yruela, M. y Serrano del Rosal R. (2000), Análisis de los indicadores de bienestar y calidad de vida para grupos específicos: el caso de la tercera edad. Sevilla, IEA.

Aranaz, J.; Herrero, J. y Mira, J. (1987) El Hospital "Virgen de los lirios" del Insalud de Alcoy dibujado por sus usuarios. Alicante, Insalud (Monografía sanitaria).

Bowling, A. (1994): La medida de la salud. Revisiones de escalas de las medidas de calidad de vida, Barcelona, Masson.

Cafferata G. & Roghmann (1978) Patient satisfaction and the use of health service: explorations in causality. Eastern Sociological Meeting.

Carmines y Zeller, 1979. Reliability and validity assessment. Sage university paper series on quantitative applications in the social sciences, series nº 07-017. Beverly Hills and London: Sage Publications.

CIS (1995-1997): Barómetros Sanitarios 1995 / 1997 (Banco de Datos), Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Delgado, A. (1990) La satisfacción de los usuarios en los dos modelos de asistencia sanitaria vigentes en Andalucía. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia.

Delgado, A. Et. al. (1993): "La satisfacción de los usuarios con los dos modelos de asistencia primaria vigentes en Andalucía", Gaceta sanitaria, vol. 7, nº 34,

Elola, J. (1994): Sistema Nacional de Salud: evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma, Barcelona: SG Editores.

Davies, A.R. and Ware, J.E.Jr. (1987). Involving Consumers in Quality of Care Assessment. Do They Provide Valid Information? Santa Monica, CA: The Round Corp. Dec. 1987.

Donati, P. (1994): Manual de Sociología de la salud, Madrid: Díaz de Santos.

Donabedian, A. (1966) Evaluating the quality of medical care. Milbank, Memorial Fund Quart.

Ehnfors, M. y Smebdy, B. (1993): "Patient satisfaction surveys subsequent to hospital care: Problems of sampling, non reponse and other losses", Quality Assurance in Health Care, vol. 3, n.º 1.

Fishbein M. & Ajzen, I. (1974) Attitudes towards objects as predictors of single and multiple behavioral criteria. *Psychological Review*, 81.

Fitzpatrick, R. (1991): Surveys of patient satisfaction: Designing a questionnaire and conducting a survey, *British Medical Journal*, 302.

García Arqué, R. M. (1997): Actitudes de la población ante el sector sanitario, Madrid: CIS.

Gifi, A., 1990. Nonlinear multivariate analysis. Chichester: Wiley.

Giner, S.; Lamo de Espinosa, E y Torres, C. (1998) Diccionario de Sociología. Madrid, Alianza Editorial.

Gómez Peligros, A., et. al.(1993): "Salud percibida, utilización de servicios y consumo de medicamentos en la población anciana no institucionalizada", *Atención Primaria*, vol. 11, nº 5.

Hall, J.A. et. al. (1993): "A causal model of health status and satisfaction with medical care", *Medical Care*, nº 1, 1993.

Hall, J.; Dornan, M. (1988): Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels, *Social Sciences and Medicine*, 27.

Hulka, B. Et. al. (1970): Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care, *Medical Care*, 8.

Hulca, B.S. et. al. (1975): "Correlates of satisfaction and dissatisfaction with medical care: A community perspective", *Medical care*, vol. 40, n.º 8.

Hulca, B.S. (1982): "Validation of patient Satisfaction Scale (Theory methods and practice)", *Medical Care*, vol. 20, n.º6.

IESA (1998): Encuesta de calidad de vida en Andalucía (Datos Básicos de Investigación E98-04), Córdoba: IESA / CSIC.

Klaus, P.G. (1985). Quality epiphenomenon: the conceptual understanding of quality face-to-face encounters. In: J.A. Czepiel, M.R. Solomon, and C.F. Surprenant, editors. *The Service Encounter: Managing Employee / Customer Interaction in Service Businesses*. Lexington, MA: Lexington Books. pp.181-193.

Koos, E. (1954) *The health of regionville*. New York, Hafner.

Linder-Pelz S. (1982) Toward a theory of patient satisfaction. *Social Sciences and Medicine*, 16.

Locker D. & Dunt, D. (1978) Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Social Sciences and Medicine*, 12.

Mira, J.J. et. al. (1992) "La Satisfacción del paciente: Concepto y aspectos metodológicos" *Revista de Psicología de la Salud*, 4.

Mira, J. J. et. al. (1998) "SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria", Medicina Preventiva, 5.

Mira, J.J. y Aranaz, J. (2000): "La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria", Medicina Clínica, 114.

Moyano, E. y Pérez Yruela, M. (coord.) (1999): Informe Social de Andalucía, Córdoba: Federación de Cajas de Ahorros de Andalucía.

Navarro, D. (1994): Encuestas de Salud, Madrid: Centro de investigaciones Sociológicas, en la colección "Cuadernos Metodológicos".

OECD (1990): Health care Systems in Transition, París: OECD.

Parasuraman, A., Zeithaml, VA., Berry, LL. (1988). SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. J. Retailing 1988; 64(1):12.

Pinilla de las Heras, E. Et.al 1979): Enfermos, médicos y hospitales: Una imagen sociológica sobre la medicina hospitalaria, Barcelona: Ciba-Geigy.

Rodríguez-Legido, C. (1995): "La medida de la satisfacción con la atención en la salud: Andalucía (1984-1992)", La Gaceta Sanitaria, vol. 9, n.º 50.

Servicio Andaluz de Salud (1998): Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud. Una propuesta de gestión pública diferenciada. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía.

Servicio Andaluz de Salud (2000): Proyecto: la Opinión de los ciudadanos sobre los servicios: Encuestas de Satisfacción y Barómetro Sanitario. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía.

SESPAS (1995): La salud y el Sistema Sanitario en España (Informe SESPAS), Barcelona: SG. Editores.

Steiber, S. & Krowinski, W. (1988) Measuring and Managing Patient Satisfaction. American Hospital Publishing.

Triandis, H. (1971) Attitude and attitude change. London, Wiley.

Van Campen, et.al. (1998a): Quality of care from the patients perspective: from theoretical concept to a new measurement instrument, Health Expectatives, 1.

Van Campen, et. al. (1998b): Methods for measuring patients perspective: from theoretical concept to a new measurement instrument, Health Expectatives, 1.

Ware, J. and Hais, R (1988): Methods for measuring patient satisfactions with medical encounters, Medical Care, 26.

Wolf, M.H. et.al. (1978): The medical interview satisfaction scale: developmente of a scale masure patients perceptions of physician behavior, Journal of Behavior in Medicine, 1.

Edita
© Servicio Andaluz de Salud
Consejería de Salud. Junta de Andalucía
Avenida de la Constitución, 18
41071 Sevilla
Tel: 955 018 000, fax: 955 018 025
www.sas.junta-andalucia.es

Diseño y producción
Manigua s.l.

Impresión
Ediciones Alsur, s.c.a.

ISBN: 84-8486-035-3
Depósito legal: Gr 2.088-2001

